輔英科技大學附設醫院

實習生報當日資料檢核表

姓名：　　編號：　　填表日期： 年 月 日

項目	有(勾) 無(叉)	收件人員簽章	日期
1.識別證			
2.TMS 帳號密碼			
3.體檢報告，若無則本日體檢。(註：需空腹 8 小時)			
4.實習生說明手冊			
5.病患、病歷隱私保密同意書			