**緊急醫療授權書**

本人 (父母或監護人的姓名)，已瞭解如本人之子女 (交換生姓名)遇緊急危險時，臺北市立大學將試圖緊急通知本人或本人於本授權書 中所指定下列緊急聯絡人。

本人子女如需接受緊急醫療通知，基於任何原因致本人或本人所指定之緊急聯絡人無法接獲通知時，本人在此謹全權授予臺北市立大學及其受雇人代表本人及本人子女為下列 行為：

1.第一時間之救助。

2.授權醫生對本人子女為檢查及醫療行為。

3.安排本人子女之運送(利用救護車或其他交通工具)，以前往適宜施行緊急醫療之場所，包括急診室、診療室或診所，但不以上述場所為限。

4.於醫療機構中為獲得相 關醫療或手術，得簽署任何經醫療機關判斷後，所要求出具之相關檔。

本人在此同意負擔所有因治療意外或傷病所生之相關費用。本人亦同意尋求或提供上述醫療行為之過程中，不論臺北市立大學或其受雇人皆無須負擔任何因處理前開相關事務， 所可能引起之事實上或法律上之責任。

如無法連絡本人時，本人所指定本人子女之緊急連絡人如下(以住在臺灣為佳，可寫1位)

姓名： Email:

行動電話：

住家電話： 公司電話：

姓名： Email:

行動電話：

住家電話： 公司電話：

立書日期：

立書人(父母或監護人簽名)：

Email：

行動電話：

住家電話： 公司電話：

本資訊將由臺北市立大學持有並加以保密，然必要時得提供予相關醫療機構使用。