



緊急醫療授權書

本人_____ (父母或監護人之姓名)，已瞭解如本人之子女 (姓名) _____ 遭遇緊急危險時，銘傳大學 (地址：桃園縣龜山鄉大同村德明路五號) 將會試圖緊急通知本人或本人於本授權書中所指定之下列緊急聯絡人。

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該通知時，本人在此謹全權授予銘傳大學及其受雇人代表本人及本人子女為下列行為：1.提供第一時間之救助 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(不論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，包括醫院之急診室、醫生之診療室或診所，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，所要求出具之相關文件。本人在此並同意負擔所有因治療意外或傷病所生之相關費用。本人亦同意於尋求或提供上述醫療行為之過程中，不論銘傳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。如無法聯絡本人時，本人所指定本人子女之緊急聯絡人如下：

1.姓名 _____ 住所電話 _____ 公司電話 _____ 行動電話 _____

2.姓名 _____ 住所電話 _____ 公司電話 _____ 行動電話 _____

3.姓名 _____ 住所電話 _____ 公司電話 _____ 行動電話 _____

立書人(即父母或監護人簽名) _____ 立書日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所電話 _____ 公司電話 _____ 行動電話 _____

簽名後即具法律效力。

本資訊將由銘傳大學所持有並加以保密，然必要時得提供予相關醫療機構使用。