

臺北醫學大學

新生體檢資料蒐集告知暨同意書

親愛的同學：

歡迎您加入臺北醫學大學(以下簡稱本校)，成為我們的一員。為促進本校學生健康與福祉，本校依個人資料保護法規定告知以下事項：

一、蒐集機關之名稱：

您提供的資料是由本校所蒐集。

二、蒐集之目的：

本校因執行新生體檢業務蒐集您的個人資料，以瞭解學生健康狀況及相關因素，進而提出改進建議，促進學生的健康管理。

您提供的資料是供本校依您在新生體檢所產生之檢查資料、數據、影像等資料，提供本校人員內部分析、研究與教學訓練使用；或進行人體研究；或自行或與相關機構合作研究與開發。如有研發成果，可能有機會依您的需求回饋預防保健等相關訊息，藉以提升對本校學生健康狀況及相關因素之瞭解並能同時促進學生健康管理。

本校特別聲明：除上開目的範圍外，其餘未經您同意，絕不會將您的資料做其他目的使用。

三、個人資料之類別：

您提供之資料包含個人年籍與新生體檢之醫療、用藥與檢查資料、數據、影像等。

四、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：

本同意書經您同意授權之範圍可能包括作為本校連絡、資料分析統計、學術研究；或供本校與其他機構進行蒐集目的之使用；並基於為進行蒐集目的範圍內所需之期間、地區、對象，以合理適當之方式進行。但法令如另有規定者，仍依法令規定辦理。

五、您依個人資料保護法第三條規定得行使之權利及方式：

對於您所提供之資料，您可以查詢或請求閱覽、製給複製本、請求補充或更正，請求停止蒐集、處理或利用、請求刪除。您可以隨時以適當之方式書面通知本校行使上述權利。但您請求補充、更正、刪除時，本校有權依法令規定或必要性及正確性與正當性審酌是否同意。(若您有任何疑問或需要進一步瞭解，或有前述需求，請聯繫本校健康中心 health@tmu.edu.tw、02-27361661 #21202)

六、您得自由選擇提供個人資料時，不提供將對其權益之影響：

無論您是否同意提供資料參與本同意書內所稱之研究或服務，均不影響您原有的就學、醫療、檢查及應有之權益。惟若本校有就相關資料進行研究，因您未同意提供資料，可能即無法反饋您有關該研究所生之醫療發展等相關訊息或提供相關服務。

本人及(未滿 18 歲者之)家長或監護人**已詳讀**本文件並瞭解內容。

本人及(未滿 18 歲者之)家長或監護人**同意**提供前述告知事項之資料，供臺北醫學大學依前述告知之內容，進行蒐集、處理及利用，並確認資料之真實性。

本人簽名：_____ 學號：_____

(未滿 18 歲者之)家長或監護人：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：1.如您不同意，本單張無須簽名繳回。

2.本同意書係依據個人資料保護法第六條第一項第六款、第十九條第一項第五款、第二十條第一項第六款所為之同意。