

【附表 Attachment 12】

國際學生緊急醫療授權書
Giấy ủy quyền điều trị khẩn cấp dành cho học sinh quốc tế
Authorization for Emergency Medical Treatment

學生姓名 Họ tên học sinh Student Name	生日 Ngày sinh Date of Birth	YYYY/MM/DD Năm/Tháng/Ngày
---	----------------------------------	------------------------------

本人(學生之父母、監護人或法定代理人)_____，已瞭解如本人之子女(被監護人或被代理人，以下簡稱子女)遭遇緊急危險時，建國科技大學將會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。

Tôi (bố mẹ của học sinh, người giám hộ hoặc người đại diện pháp luật)_____ đã hiểu rõ khi con Tôi (người được giám hộ hoặc người được đại diện, dưới đây gọi tắt là con) gặp nguy hiểm khẩn cấp, trường Đại học khoa học và công nghệ Kiến Quốc sẽ khẩn cấp thông báo cho Tôi hoặc người liên hệ khẩn cấp mà Tôi đã chỉ định trong Giấy ủy quyền này.

I (the parent, guardian, or legal representative of the student)_____ have understood that if my offspring (person under guardianship, or the surrogated, hereinafter referred to as the "Offspring") encounters immediate dangers, Chienkuo Technology University will try to notify me or the following emergency contacts prescribed by me in the Authorization immediately.

本人子女如需接受緊急醫療，基於任何原因致使本人或本人所指定之緊急聯絡人無法接獲通知時，本人謹在此全權授予建國科技大學及其受雇人，代表本人及本人子女為下列行為：

Con Tôi nếu cần điều trị y tế khẩn cấp, khi vì bất cứ nguyên nhân gì dấn tới Tôi và người liên hệ khẩn cấp mà tôi chỉ định không thể nhận được thông báo, tại đây Tôi xin ủy thác toàn bộ quyền cho trường Đại học và Công nghệ thành phố Đài Bắc và người được tuyển dụng của nhà trường, đại diện Tôi và con tôi thực hiện các công việc dưới đây:

If my Offspring requires emergency medical treatment and if the emergency contact designated by me or I am unable to receive the notice due to any causes, I hereby fully authorize Chienkuo Technology University and its employee to carry out the following acts on behalf of my Offspring and I:

1. 提供第一時間之救助。To provide first-aid. Cung cấp cứu trợ trong thời gian sớm nhất
2. 授權醫生對本人子女進行檢查及醫療行為。

To authorize doctors to conduct inspections and medical treatment on my Offspring.

Ủy quyền cho bác sỹ thực hiện kiểm tra và điều trị y tế cho con Tôi.

3. 安排本人子女之運送(不論利用救護車或其他交通工具)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。

Sắp xếp đưa con Tôi (bất kể sử dụng xe cấp cứu hoặc phương tiện giao thông khác) đến nơi thực hiện điều trị cấp cứu thích hợp, bao gồm phòng cấp cứu của bệnh viện, phòng khám điều trị hoặc phòng khám của bác sỹ, nhưng không giới hạn những địa điểm nói trên.

To arrange the transport (whether using ambulance or other vehicles) for my Offspring to appropriate venue for emergency medical treatment, including the emergency clinic of hospitals, consulting room or clinic of doctors, not limited to the abovementioned venue.

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。Tại cơ sở điều trị y tế nhằm được điều trị y tế hoặc thực hiện phẫu thuật liên quan, phải ký kết bất cứ giấy tờ liên quan nào mà cơ sở điều trị y tế yêu cầu sau khi phán đoán bệnh tình.

Regarding the relevant medical treatment or surgeries received in the medical institutions, to sign the related documents required after being determined by any medical institutions.

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。本人亦同意於尋求或提供上述醫療行為之過程中，不論建國科技大學或其受雇人皆無須負擔任何不逆料之事故，所可能引起之事實或法律上之責任。

Tôi đồng ý chịu tất cả chi phí phát sinh do điều trị tai nạn hoặc bệnh tật. Tôi cũng đồng ý trong quá trình tìm kiếm

hoặc cung cấp các hoạt động điều trị y tế nói trên, bất kể trường Đại học khoa học và công nghệ Kiến Quốc hay người được trường đại học tuyển dụng đều không phải chịu bất cứ sự cố không mong muốn nào, sự thật nào có thể xảy ra hoặc trách nhiệm pháp luật nào.

I hereby agree to be borne all expenses related to treating accidents and injuries. I also agree that, in the course of seeking or providing the above medical conducts, Chienkuo Technology University nor its employees shall be responsible for potential factual or legal responsibilities arising from unexpected accidents.

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：

Nếu không thể liên hệ với Tôi, Tôi chỉ định người liên hệ khẩn cấp của con tôi như sau:

Where I am out of contact, the emergency contacts designated by me are as follow:

序號 No.	姓名 Họ tên Name	關係 Xưng hô Relationship	行動電話 Điện thoại di động Mobile Phone	宅(公)電話 Điện thoại nơi ở (văn phòng) Home (Office) No.
1.				
2.				

另為確保本人子女在外就學期間之任何醫療行為安全，提供以下資訊：

Ngoài ra để đảm bảo sự an toàn cho bất cứ hành vi điều trị y tế nào của con tôi trong thời gian học tập ở nước ngoài, tôi cung cấp các thông tin dưới đây：

Furthermore, the following information is provided to ensure the security of any medical conducts for my Offspring during the studying period abroad：

提問內容 Nội dung đưa ra câu hỏi Quesiton	是否有此問題 Có vấn đề gì không Do you have this problem (Y/N)	有(請詳述問題) Có (Đề nghị nói rõ chi tiết vấn đề) Details
本人子女有無長期疾病 Con của Tôi có loại bệnh lâu năm nào không Whether my Offspring has long-term disease	<input type="checkbox"/> 有 (Yes, it is / Có,) <input type="checkbox"/> 無 (No / Không)	
有無固定使用之藥物 Có thuốc sử dụng cố định hay không Whether my Offspring has a stationary used drug	<input type="checkbox"/> 有 (Yes, it is / Có,) <input type="checkbox"/> 無 (No / Không)	
有無過敏之藥物 Từng dị ứng thuốc hay không Whether my Offspring has medicine that he/she is allergic to	<input type="checkbox"/> 有 (Yes, it is / Có,) <input type="checkbox"/> 無 (No / Không)	
自述 Tự thuật về tình hình bệnh tật của mình Self-description	<input type="checkbox"/> 有 (Yes, it is / Có,) <input type="checkbox"/> 無 (No / Không)	(No /) _____ _____ _____
立書人姓名(請以正楷簽名) Họ Tên người viết Name of the Party toe the Contract(Please sign in block letters)		居住國之國民(居民)身分證字號 Số chứng minh thư công dân (cư dân) của nước cư trú National (Residential) ID at the Residing Country
與學生之關係(稱謂) Mối quan hệ với học sinh (xưng hô) Relationship with the Student (Title)		國籍 Quốc tịch Nationality
聯絡資料 Thông tin liên lạc	行動電話 Điện thoại di động	住宅電話 Điện thoại nhà ở



Contact Info	Mobile Phone		Home No.	
	居住處地址 Địa chỉ nơi ở Address of the Residence		電子郵件信箱 Hòm thư điện tử E-mail	

本資訊將由建國科技大學持有並加以保密，然必要時得提供於相關醫療機構使用。
 Thông tin này sẽ do Đại học khoa học và công nghệ Kiến Quốc lưu giữ và bảo mật, song khi cần thiết được cung cấp cho cơ sở điều trị y tế liên quan sử dụng
 The information will be held and kept secret by the Chienkuo Technology University, and will be provided to relevant medical institution for usage when necessary.

本表尊重個人自由意志填寫，並屬實填寫。
 Phiếu này tôn trọng ý chí tự do cá nhân khi điền phiếu, và phải điền đúng sự thật.
 The form is filled according to one's free will on the basis of truth.

請於填妥後親簽，送交國際合作及交流處境外學生輔導業務承辦人收存。
 Xin hãy đích thân ký tên sau khi đã ký, giao cho nhân viên nghiệp vụ của Trung tâm phụ đạo và phục vụ học sinh nước ngoài Ban quốc tế.
 Please sign after completing the form and deliver to the organizing officer at the Overseas Students Service Center, Office of International Affairs.

以上內容若有翻譯上不符合，皆以中文版為準，中文為本國通用語言，故本校僅接受中文版為正式緊急醫療同意書，其他國家語言版本僅供參考之用。

Nếu bản dịch nội dung trên đây không phù hợp, thì sẽ lấy bản tiếng Trung làm chuẩn. Tiếng Trung là ngôn ngữ thông dụng của Đài Loan, do đó nhà trường chỉ tiếp nhận bản tiếng Trung là Giấy đồng ý điều trị khẩn cấp chính thức, phiên bản ngôn ngữ khác chỉ dùng để tham khảo.

Shall there be any discrepancy between the Chinese version and translated versions, the Chinese version shall prevail. Chinese is the common language of Taiwan; therefore, the University only accepts the Chinese version of the Authorization as the official Authorization for Emergency Medical Treatment, Authorizations in other languages are for reference only.

建國科技大學

Chienkuo Technology University

Đại học khoa học và công nghệ Kiến Quốc

地址：50094 彰化市介壽北路 1 號

Address: No. 1, Chieh Shou N. Rd., 50094 Changhua, Taiwan, R.O.C.

TEL：+886-47111111 #1721~1729 | +886-47116392 | E-mail: oia@ctu.edu.tw

立 書 日

(Date of Signing / Ngày viết giấy ủy quyền) :

_____年(Year / năm) _____月(Mouth / tháng) _____日(Day / Ngày)