



佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

教學門診病人同意書

病人_____，於台北慈濟醫院教學門診就診，經 貴院醫師說明瞭解教學醫院之臨床教學責任，立同意書人同意台北慈濟醫院教學門診之需要，由實習醫學生/住院醫師跟診或協助醫師進行各項診療服務。

此致

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

立同意書人 (病患本人): _____ 或

關係人(法定代理人): 與病人之關係_____

日期： 年 月 日 時 分