中臺科技大學因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情

自我健康評估表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ★同學您好，  恭喜您完成實習課程。由於嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情的影響，為關心您的健康安全， 請您依實際情形填寫以下資料，您所填的資料都將被嚴格保密，感謝您的配合，謝謝！ | | | | | | | | | |
| 系所名稱 | |  | | | 班級代號 | | |  | |
| 姓 | 名 |  | | | 學 | 號 |  |  | |
| 聯絡電話 | |  | | | e-mail | | |  | |
| 實習機構 | |  | | | | | | | |
| 實習期間 | | 自 | 年 | 月 | 日至 | 年 | 月 | | 日止 |
| ※請問您過去 14 天內是否有以下情形：   1. 發燒、咳嗽或呼吸急促症狀？   □是： □發燒 □咳嗽 □呼吸急促（困難）  □否   1. 出國旅遊史？   □是： □中國大陸：省份 □香港 □澳門  □日本 □韓國 □新加坡 □馬來西亞 □泰國  □其他國家（請自行填寫）：  □否   1. 接觸史：親友或生活周遭是否有人發燒或類流感症狀？   □是：□家人 □朋友 □同事 □同學 □其他：  □否 | | | | | | | | | |
| ★若您近期有發燒、咳嗽或呼吸急促  （困難）等症狀，請務必告知您的導師，謝謝您！ | | | | | ★**實習學生簽名**：  填寫日期： 年 月 | | | | 日 |
| 承辦人員核章 | |  | | | 系主任核章 | | |  | |

★若您有任何需要協助之處，請與研究發展處實習就業輔導組聯絡(04)22391647#8401，謝謝！