宏國德霖科技大學 緊急連絡資料表

入學日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 照片  請以電子檔貼上 | | 系科級 |  | | 姓 名 |  | 學號： |
| 性 別 |  | | 身分證字號 |  | 生日： 年 月 日 |
| 家裡電話 |  | | | | |
| 戶籍地址 |  | | | | |
| 通訊地址 |  | | | | |
| 學歷 | 學校名稱 | | 年制 | 畢肄業 | 年 月 | 休退學日期 | 原 因 |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| 家庭狀況  請依緊急  聯絡順序  填寫 | 家庭成員 | | 稱謂 | 教育程度 | 職 業 | 公司電話 | 手機號碼 |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| 父母婚姻狀況 | |  | | 經濟狀況 |  | | |
| 上學交通工具 | | □步行 □自行車 □公車 □機車 □汽車 □其他 | | | | | |
| 打工  情形 | 公司名稱： 工作地點： 工作內容： 工作時間： | | | | | | |
| 公司名稱： 工作地點： 工作內容： 工作時間： | | | | | | |
| 健康  情形 | 是否參加健保：□是 □否，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | 血型： |
| □ 健康 | | | | | | 身高： 公分 |
| □ 身障學生。類型： | | | | | | 體重： 公斤 |
| □ 其他疾病如心臟病、氣喘等。請註明： | | | | | |
| 最信任的朋友 | 姓 名 | | 聯絡電話 | | 姓 名 | | 聯絡電話 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |

說明：

1. 個人資料蒐集之目的：基於諮商輔導、個案管理、心衛推廣之必要工作及其他各項輔導行政業務，或經個資當事人同意之目的（含特定目的：保健醫療服務、教育或訓練行政、衛生行政、調查、統計與研究分析、學生（員）（含畢、結業生）資料管理、其他自然人基於正當性目的所進行個人資料之蒐集處理及利用、其他諮詢與顧問服務）。
2. 個人資料蒐集方式：透過個資當事人親送、郵遞、網路傳輸、口頭或其他適當方式取得個人資料。
3. 依教育部規定諮商中心需對學生進行輔導及相關測驗，保密是工作的基本原則，但在以下的情況下則是涉及保密的特殊情況，將知會相關人員及家屬，共同維護學生安全：

a 隱私權為當事人所有，當事人有權親身或透過法律代表而決定放棄。

b.保密的例外：在涉及有緊急的危險性，危及當事人或其他第三者。

c.師長負有預警責任時。

d.法律的規定。

e.當事人有致命危險的傳染疾病等。 **本人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

f.評估當事人有自殺危險時。

g.當事人涉及刑案時等。 **家長簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(本人未滿20歲需家長簽名)