

**高雄醫學大學**  
**校級研究中心成員同意書**

本人\_\_\_\_\_茲同意加入\_\_\_\_\_熱帶醫學暨傳染病\_\_\_\_\_研究中心；  
遵守本校及該中心相關規範並配合業務推動，與中心團隊成員共同努力達成 KPI 預期目標。

此致

高雄醫學大學研究發展處

熱帶醫學暨傳染病研究中心

立同意書人(本人親簽)：

出生年份：\_\_\_\_\_

編制單位(系所/科別)：

身分別(可複選)：教授 副教授 助理教授 講師

臨床醫師 其他\_\_\_\_\_

聯絡電話：

E-mail：

中心主管(簽名或蓋章)：

中 華 民 國                      年                      月                      日

※本同意書僅供佐證校級研究中心成員使用，不作其他用途※