**保密／利益衝突協議 – 參訪人員**

在本人 (乙方) 身為高雄醫學大學附設中和紀念醫院 臨床試驗中心(甲方)之參訪者的工作過程中，本人會被提供機密的資訊和文件(稱之為〝保密資料〞)。本人同意採取正當的方法來保護保密資料；遵守適當的法規，包含資料查詢法，不能對任何人洩漏保密資料；不能因任何目的在中心授權之外使用保密資料，而且特別不能以任何方法導致自己或第三者獲利。

**本人已經閱讀並依協議內的解釋，並且願意遵守相關規定。**若有違反上開規定或無故洩漏上開秘密或病歷資料者，願負一切民事及刑事法律責任。

甲 方：高雄醫學大學附設中和紀念醫院

臨床試驗中心

乙 方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (簽章)

身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住 址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

西元 年 月 日