**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※