

重大疾病患者 不能行 走者 隔離治療病患證明書

茲證明當事人:

姓名:

民國 年 月 日出生，國民身分證統一編號

戶籍地址：

確係

意識清楚之重大疾病患者。

意識清楚之不能行走者。

在指定隔離治療機構施行隔離治療之病患。

如有虛偽證明，願負法律責任，特此證明。

字第 號醫師： 蓋章：

執照字號：

執業地址：

電話：

臺南市 區 里里長： 蓋章(加蓋職名章)：

里辦公處地址：

電話：

隔離治療機構：

機構地址：

電話：

中華民國 年 月 日

(請加蓋 村里辦公鈐記、隔離治療機構印信)

大印

說明：

1. 申請印鑑登記、變更、廢止登記及證明應由當事人親自為之。但在營軍人，得經所屬連級以上部隊長證明身分後出具委任書委任他人代辦。（戶政事務所辦理印鑑登記 作業規定第 6 點、第 10 點）
2. 當事人申請印鑑登記、變更或證明者，應繳驗國民身分證及印鑑章或原登記印鑑。（戶政事務所辦理印鑑登記作業規定第 7 點、第 8 點、第 10 點）
3. 受委任人申請印鑑登記、變更、廢止或證明者，並應繳驗受委任人身分證明文件，及附繳委任人或當事人之國民身分證影本或有效之中華民國護照、入國證明文件或其他身分證明文件影本及委任書。（戶政事務所辦理印鑑登記作業規定第 7 點、第 8 點、第 10 點、第 11 點）