

證 明 書

查本院病患【 _____ 】(民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日出生，國民身分證

統一編號：_____，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。

無法親自前往戶政事務所申辦申領印鑑登記(變更)暨印鑑證明_____份，

用途_____，經查其意識清楚並委託_____君代辦相關事

宜，如有不實願負法律上責任，特此證明。

此致：臺南市麻豆戶政事務所

醫療院所名稱：_____

證明人-醫師： _____ 職章

執業字號：

執業地址：

病患姓名： _____ 簽章

身分證統號：

戶籍地址：臺南市麻豆區

受委託人： _____ 簽章

身分證統號：

戶籍地址：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

村里辦公處
鈐記、隔離治
療機構印信