

## 重大疾病患者/不能行走者/隔離病患證明書

茲證明當事人 (民國 年 月 日出生，國民身分證統一編號： )  
 戶籍地址： 省 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓)，確係：  
                   市 市 市區 里 街

- 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。

醫師：	蓋章：
執照字號：	
執業地址：	省(市) 縣(市) 鄉(鎮市區) 村(里) 鄰 路 段 巷 弄 號 樓
電話：	
省 縣 鄉鎮 村 市 市 市區 里	蓋章(加蓋職名章)
村(里)辦公處地址：	省(市) 縣(市) 鄉(鎮市區) 村(里) 鄰 路 段 巷 弄 號 樓
電話：	
隔離治療機構：	
機構地址：	省(市) 縣(市) 鄉(鎮市區) 村(里) 鄰 路 段 巷 弄 號 樓
電話：	

中 華 民 國

村里辦公處鈐  
 記、隔離治療  
 機構印信

月

日

說明：申請印鑑登記、變更、廢止登記及證明應由當事人親自為之。但意識清楚之重大疾病患者、不能行走者，或在指定隔離治療機構施行隔離治療之病患，得檢具醫師、村(里)長或隔離治療機構之證明書及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5款、第6款)