

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 (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 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓

市 市 市區 里 街

電話：

省 縣 鄉鎮 村

長

蓋章：

市 市 市區 里

(加蓋職名章)

戶籍地址： 省 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓

市 市 市區 里 街

電話：

隔離治療機構：

機構地址： 省 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓

市 市 市區 里 街

電話：

中 華 民 國

年

村里辦公處
鈐記、隔離治療機
構印信

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、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）