

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：

- ☐ 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 市 市 市區 里	長	蓋章： (加蓋職名章)
村(里)辦公處地址：	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

村里辦公處
鈐記、隔離治
療機構印信

年

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）