字第　　號

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：　省市　縣市　鄉鎮市區　村里　鄰　路街　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：　省市　縣市　鄉鎮市區　村里　鄰　路街　段　巷　弄　號　樓 電話：
省市　縣市　鄉鎮市區　村里　長　　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　路街　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　路街　段　巷　弄　號　樓 電話：

中　華　民　國　　年　　月　　日

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）