

附表二

| (全銜) 醫院身心障礙等級檢定證明書 | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|----------------|
| | | 中華民國 年 月 日 | |
| | | 字 號 | |
| 姓 名 | | 國 民 身 分 證 統 一 編 號 | |
| 出 生 | | 原 屬 服 勤 單 位 | |
| 起 役 日 期 | | 保 險 證 字 號 | |
| 受 傷 或 患 病 | | | |
| 日 期 | 年 月 日 | | |
| 地 點 | | | |
| 原 因 | | | |
| 部 位 | | | |
| 入 院 經 過 | | | |
| 日 期 | | 身 心 障 礙 日 期 | |
| 轉 來 單 位 | | 身 心 障 礙 等 級 | |
| 入 院 時 傷 患 狀 況 | | 身 心 障 礙 狀 況 | |
| 附 記 | | | |
| 鑑 定 簽 章 | 主 治 醫 師 | 科 主 任 | 醫 院 |
| | | | |