

就地安置確診住民清冊

申請機構名稱(全銜): _____

| 確診住民姓名 | 身分證字號 | 隔離起訖日 (0月/00日至0月/00日) |
|--------|-------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 申請機構填寫 | | | |
|--------|------|------|-------|
| 承辦單位簽章 | 承辦人員 | 單位主管 | 機構負責人 |