

附件一

人工生殖診斷證明書

<僅供申請人向戶政機關依精卵捐贈親屬關係查證辦法第三條之規定，申請相關親等關聯資料使用；接受卵子或精子捐贈時，應分別以受術夫或受術妻為申請人>

申請人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
年齡	____歲	民國____年____月____日生							
國民身分證統一編號									
外籍人士之統一證號									
外籍人士之護照號碼									
戶籍地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓								
居所地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓								
病歷號碼			連絡電話						
申請人配偶姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
年齡	____歲	民國____年____月____日生							
國民身分證統一編號									
外籍人士之統一證號									
外籍人士之護照號碼									
戶籍地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓								
居所地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓								
病歷號碼			連絡電話						
說明	茲證明申請人確為實施人工生殖技術之需，請同意其依人工生殖法第十五條第二項所訂定之精卵捐贈親屬關係查證辦法之規定，申請其直系血親與四親等內之旁系血親，及其配偶之直系血親與直系姻親之親等關聯資料。								
醫師姓名：_____ 簽章： 醫師證書字號：衛生福利部醫字第_____號 醫療機構名稱： 開業執照字號：_____ 醫字第_____號 醫療機構地址： 醫療機構電話： 中華民國____年____月____日									