

附表四、法定傳染病解除隔離治療通知書

送達時間： 年 月 日 時 分

縣（市）政府法定傳染病解除隔離治療通知書

受文者：		(君、醫療(事)機構)	
報告醫院		診斷醫師	
病患姓名		身分證字號/護照號碼	
地 址			
台端經 _____ 醫院通報自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起，無繼續隔離治療必要。如台端有任何疑問或需要協助的地方，可致電 ( _____ 衛生局、所)。感謝您的合作。			
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		(戳記)	

註：一、依據傳染病防治法第四十四條、第四十五條規定辦理。

二、違反主管機關依傳染病防治法第四十四條、第四十五條或第六十九條規定處罰。

三、本件依權責劃分授權縣市政府辦理。

簽 收 單

本人(醫療機構)於中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日接獲 \_\_\_\_\_ 縣(市)政府  
 函知 \_\_\_\_\_ 君無繼續隔離治療必要之法定傳染病解除隔離治療通知書。

簽收人(簽章)：

簽收時間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分