

防疫醫事人員證明

茲證明本醫院之執業醫事人員_____（請填姓名）
執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治，本證明係供
臺北市「感謝有你 北市挺醫護活動」使用，如有不
實，願負相關法律責任。

醫院名稱：

開具日期： 年 月 日

醫院用印

（如醫院印信、院圓戳、
院條戳或鋼印等證明）

+

所屬部門主管職章

（↓以下由防疫醫事人員填寫↓）

本人_____（請填姓名），身分證號：_____使
用臺北市「感謝有你 北市挺醫護活動」
入住_____（旅館名稱）入住期間自 月 日
至 月 日，如有不實，願負相關法律責任。

本人簽名：_____ 日期： 年 月 日