


醫療機構證明書

★姓名(註一)			★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(註二)					
外籍人士之護照號碼					
★戶籍地址	縣市		鄉鎮市區		村里
			鄰		路街
		巷		弄	號樓
★現居地址	縣市		鄉鎮市區		村里
			鄰		路街
		巷		弄	號樓
★病歷號碼			★連絡電話		
說明	依據人工生殖法第十五條第二項精卵捐贈親屬關係查證辦法，茲證明申請人確為施行人工生殖技術，請同意申請直系血親、直系姻親、四親等內之旁系血親之相關親等關聯資料或戶籍謄本。				
<p>以上事項屬實無誤特此證明</p> <p>醫師姓名：盧凡</p> <p>醫師證書字號：婦專醫字第 001703 號</p> <p>醫療機構名稱：東元綜合醫院</p> <p>開業證照字號：新縣衛醫字第 000000000019 號</p> <p>地址：新竹縣竹北市縣政二路 69 號</p> <p>電話：03-5527000</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div> <p style="text-align: right; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">日期到戶政機關申請前再做填寫</p> <p style="text-align: center;">中華民國 年 月 日</p>					

註一：本欄位應填寫欲申請直系血親、直系姻親、四親等內之旁系血親相關親等關聯資料或戶籍謄本之申請人姓名。

註二：無國民身分證之外籍人士請同時填統一證號及護照號碼，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。(以上證明僅供申請人於戶政事務所申請相關親等關聯資料或戶籍謄本使用。)