

姓名：
病歷號：
出生日期：
性別：



新店院區
 安康院區

編號：_____

無二親等內家屬或二親等內家屬無法參加預立醫療照護諮商 聲明書

本人_____ (以下兩種狀況，請擇一勾選)

因無二親等內家屬 或

二親等內家屬無法參加預立醫療照護諮商，原因為

特立此聲明書。

聲明人：_____

身份證字號：_____

戶籍地址：_____

居住地址：_____

中華民國 年 月 日

編印單位：醫務部
編印年月：108 年 07 月
編號及版次：MRS3703(第一版)

新店院址：新北市新店區中正路 362 號
聯絡電話：02-2219-3391
安康院址：新北市新店區車子路 15 號
聯絡電話：02-2212-3066
網址：www.cth.org.tw