

住院看護證明書

113.1 修

病患_____先生/女士，於_____醫院住院，看護服務如下：

看 護 時 間 起 迄	班 別	班別單價 (元)	小計 (元)
自 年 月 日 時 分 至 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 全(24小時) <input type="checkbox"/> 日(12小時) <input type="checkbox"/> 夜(12小時)		
本人(照顧者)確實於上述時段，提供申請人看護服務，如有不實願負相關法律責任。 照顧者簽名：_____ 蓋章：_____ 聯絡電話：_____			
自 年 月 日 時 分 至 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 全(24小時) <input type="checkbox"/> 日(12小時) <input type="checkbox"/> 夜(12小時)		
本人(照顧者)確實於上述時段，提供申請人看護服務，如有不實願負相關法律責任。 照顧者簽名：_____ 蓋章：_____ 聯絡電話：_____			
自 年 月 日 時 分 至 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 全(24小時) <input type="checkbox"/> 日(12小時) <input type="checkbox"/> 夜(12小時)		
本人(照顧者)確實於上述時段，提供申請人看護服務，如有不實願負相關法律責任。 照顧者簽名：_____ 蓋章：_____ 聯絡電話：_____			

(上述照顧服務員，非為民法第一千一百一十四條規定之親屬，並檢附國民身分證正反面及相關資格證明文件影本)

----- 以 下 請 醫 院 填 寫 -----

茲證明病患_____先生/女士，確實於住院期間(自 年 月 日 時 分起至 年 月 日 時 分止)，確實由上述表列者照顧。

證 明 人：

(請醫院主治醫師、護理長或社工員以上任一人證明並蓋職名章)

單位電話：

【以上各項資料若有塗改，需於塗改處押章】

中華民國 年 月 日