

## 隔離治療通知書及提審權利告知送達證書

本人 \_\_\_\_\_ 已於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分  
收悉 \_\_\_\_\_ 高雄市 \_\_\_\_\_ 政府法定傳染病隔離治療通知書，並了解本人或本人  
之親友有權利依提審法規定向地方法院聲請提審。

本人

不請求執行機關通知親友。

請求執行機關通知以下親友

第一位親友

姓名

住址

電話

第二位親友

姓名

住址

電話

本人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

若本人拒絕簽名，執行人員請填以下表格

執行人員 \_\_\_\_\_，已向本人解釋其聲請提審之相關權利，並要求本人  
於提審權利告知書簽名，但本人拒絕簽名。

執行人員簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_