

本文一式兩份受文者及衛生單位各自留存一份

高雄市政府法定傳染病解除隔離治療通知書（一式兩份）

送達時間： 年 月 日 時 分

受文者： 君			
報告醫院	醫院	診斷醫師(醫院填寫)	醫師
病患姓名	身分證字號/護照號碼		
地 址			
台端經_____醫院通報自____年____月____日起，無繼續隔離治療必要。如台端有任何疑問或需要協助的地方，可致電_____（電話：_____），感謝您的合作。			
中華民國 年 月 日		（戳記）	



註：一、依據傳染病防治法第四十四條、第四十五條規定辦理。

二、違反主管機關依傳染病防治法第四十四條、第四十五條或第六十九條規定處罰。

三、本件依權責劃分授權縣市政府辦理。

簽 收 單

本人_____於中華民國 年 月 日接獲高雄市政府函知無繼續隔離治療必要之法定傳染病解除隔離治療通知書。

簽收人（簽章）：

簽收時間： 年 月 日 時 分