

彰化縣政府法定傳染病解除隔離治療通知書

受文者：		(君、醫療(事)機構)	
報告醫院		診斷醫師	
病患姓名		身分證字號/護照號碼	
地 址			
<p>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，可致電彰化縣衛生局（_____ 衛生所）。感謝您的合作。</p>			
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 _____ (醫療機構) 於中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日接獲彰化縣政府函知 _____ 君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