

附表三

切 結 書

茲_____同意依罕見疾病國際醫療合作補助辦法第四條第三項之規定，陪同罕見疾病病人_____，前往國外(地點/機構名稱)_____進行相關醫療，如有不實，本人願負一切責任。

立切結書人： (簽章)

身分證統一編號：

與病人關係：

戶籍地址：

居住地址：

連絡電話：

病人姓名：

身分證統一編號：

戶籍地址：

居住地址：

連絡電話：

中華民國 年 月 日

