

附件二

臺南市政府衛生局指定醫療機構(檢驗屍體掣發死亡證明書)推薦表【公會(協會) 衛生所】

機構名單	負責人姓名	地址	願協助指定相驗之區域	收費金額(每件)	醫院聯絡窗口
○○醫院、診所	○○○	○○市○○區○○路○○號	○○區、○○區、○○區、	外出驗屍費○○元。 死亡證明書○○份 共○○元，第○○份起 每份加收○○元。	○○○先生、小姐，電話： 手機：

說明：

一、請貴會(衛生所)協調推薦本市轄區內，有意願申辦本市指定相驗之醫療機構(臺南市政府衛生局指定醫療機構檢驗屍體掣發死亡證明書作業規定)，填妥本推薦表後，以紙本(請加蓋貴會、所印信)擲回本局綜合企劃科。

二、

本市醫師公(協)會：推薦單位：_____公會(協會)(印信) 理事長：_____ (簽章) 電話：

本市衛生所專案：推薦單位：_____區衛生所(印信) 所長：_____ (簽章) 電話：