

姓名：
床號：
病歷號：

COVID-19 自費檢驗報告授權同意書 COVID-19 Testing Report Authorization and Consent Form

本人_____同意採檢醫院 寶建醫院 將 COVID-19 自費
檢驗報告先行傳真 屏東縣政府衛生局，以利衛生局進行審核居
家檢疫縮短天數作業。

I (name) agree that the testing hospital paochien hospital could fax the
COVID-19 testing report at my own expense to Pingtung County
Government Public Health Bureau verify the application for shortening
days of home quarantine.

同意人簽章 Signature : _____

證件號碼 Document No. : _____

[身分證 ID/居留證 ARC/護照 Passport]

日期 Date : _____年 year _____月 month _____日 day

※簽署完成請回傳 屏東縣政府衛生局

Please return to Pingtung County Government Public Health Bureau after signing.