

附件 2

高雄市 COVID-19 自費檢驗報告授權同意書

本人_____同意採檢醫院_____醫院將

COVID-19 自費檢驗報告先行傳真_____區衛生所，以利

衛生局進行審核居家檢疫縮短天數作業。

同意人簽章：_____

身分證／居留證／護照號碼：_____

民國 110 年 _____ 月 _____ 日

簽署完成請回傳_____區衛生所

※請醫院傳真至申請者居家檢疫所在地之轄區衛生所

Kaohsiung COVID-19 Testing Report Authorization and Consent Form

I _____ agree that the testing hospital
_____ could fax the COVID-19 testing
report at my own expense to _____ health
bureau to verify the application for shortening days
of home quarantine.

Signature: _____

ID: _____

Date: _____ (year/month/day)

Please return to _____ health bureau after
signing.