**新竹市立馬偕兒童醫院**

**英文出生證明E-mail申請辦法**

**一、申請方式：**

* 1. 下載並填寫「英文出生證明書(含委託同意書)」，以電子檔附件方式寄至

新竹市立馬偕兒童醫院：cc6342@mmh.org.tw。

* 1. 承辦人員於服務時間(週一至週五)收到郵件後會主動電話確認。

**二、領件地點**：

新竹市立馬偕兒童醫院：一樓住院中心。(03)571-9999轉3141

**三、領件時間：**

* 1. 收到通知後七個工作天內（例假日除外），於上班時間取件：

星期一至星期五8:00-17:00。如未取件，視同作廢，如有需要請重新申請。

* 1. 領件時請備齊證件（父、母親雙方護照正本及小孩護照正本或英文版戶籍謄本正本）；如委託他人代領時，需有雙方簽章之委託同意書及被委託者身份證件。

**四、繳費方式：**

現場櫃檯領件時繳費，費用第一份300元(當日加一份50元)。

**五、申請英文出生證明書須具備證件如下：**

1. 小孩護照正本或英文版戶籍謄本正本。
2. 中文出生證明。
3. 父、母親雙方，請檢具護照正本。

**六、備註**

1. 不受理非正式證件之別名或綽號。
2. 申辦證件不齊全者恕不受理。
3. 若送件後才發現原申請單內容有誤欲作更改，視同另案申請。
4. 為確保病人隱私及依醫師法第二十三條，醫療法第七十二及七十四條之保密規定，本院對親屬之代為申請以法定代理人、配偶、或關係人之同意，並能提出合法證件（身分證、戶口名簿等）之正本，以確認其關係者，始予受理。

**HSINCHU MUNICIPAL MACKAY CHILDREN’S HOSPITAL**

**REQUEST FOR APPLICATION MATERIAL**

**CERTIFICATE OF BIRTH**

 Chart NO：

Child’s Name： Sex：□Male □Female

This Birth：□Single □Twin □Triplet

If Twin or Triplet：□1st □2nd □3rd

Date of Birth：

Name of Father： Also known as：

Name of Mother： Also known as：

父親中文姓名： 申請份數：

母親中文姓名： 聯絡電話：

父、母親英文姓名會依據護照英文姓名填入英文出生證明。

✄……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. 請掃描父母雙方和小朋友之護照(有名字的那一頁) 、或英文戶籍謄本。
2. 請提供中文出生證明。
3. 工作天約7天。

電子郵件信箱：cc6342@mmh.org.tw。

新竹市立馬偕兒童醫院一樓住院中心。電話：(03)571-9999轉3141

**新竹市立馬偕兒童醫院**

**英文出生證明申請委託同意書**

**本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (病人或未成年患者之法定代理人)授權\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(被委託人)前往貴院申請患者姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份證字號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_有關\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(申請資料項目)。**

**敬請惠予協助，此致新竹市立馬偕兒童醫院。**

**本代理申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償 貴院衍生之損失。**

**立委託書人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (簽章) 身份證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_\_\_\_**

**被委託書人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (簽章) 身份證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_\_\_\_**

**與立委託書人的關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**中華民國 年 月 日** (本委託書14日內有效)

※為保障病人權益與隱私，代辦時請備妥相關證件：

一、本人（或法定代理人）未能親自辦理者，均需填寫委託書。

二、委託人辦理：(1)生母身分證、(2)受委託人身分證、(3)病人出具之委託書。

三、未成年患者委託人辦理：(1)法定代理人身分證、(2)法定代理人與病人關係之證明文件

 （戶口名簿或患者身分證）、(3)受委託人身分證、(4)法定代理人之委託書。