**開放柬埔寨、緬甸、寮國等特定國家僑民來臺參訪醫療照護產業**

**發展案(以下簡稱僑安專案)—試辦計畫標準流程**

*制定日期：2012.04.12*

*最後修訂日期：2013.10.23*

**一、試辦期間：**自101年5月1日～103年4月30日止，每半年將視辦理成效進行檢討會議，倘遇特殊情形得臨時召開檢討會議，並得視情況隨時暫停本試辦計畫。

**二、簽證停留天數：**

1. 健檢/醫美：30天。
2. 醫療：由外交部領事事務局視個案狀況核發，惟可來臺就醫之類別適用衛生福利部公告之「大陸地區人民得於臺灣地區接受醫療服務之疾病」。

**三、簽證費用：**比照外交部外國護照簽證規費收費數額規定。

**四、團員人數：**每團5到40人為限(以廣義僑民為對象)。

**五、前置作業時間：**

* 1. 健檢/醫美：來臺2個月前需與醫療機構完成接洽預約，且僑團最遲須於來臺前14個工作天向駐外館處提出簽證申請。
  2. 醫療：僑民須事先與臺灣承辦醫療機構完成接洽，取得相關證明文件交付僑團，且僑團最遲須於來臺前14個工作天向駐外館處提出簽證申請。

**六、應備文件：**

1. 健檢/醫美：
   1. 僑團申請書
   2. 僑團保證書
   3. 僑團團員名冊(含總表)
   4. 預繳健檢醫美服務費用之相關證明
   5. 旅行社合格執照影本(須加蓋與正本相符章)
   6. 僑團詳細在臺行程
   7. 團員個人財力證明：(下列四項擇一提供，並得免驗證)
      1. 相當新臺幣二十萬元以上金融機構存款證明
      2. 銀行核發金卡證明文件
      3. 年工資所得相當新臺幣五十萬元以上之薪資所得證明
      4. 旅遊意外醫療險投保證明(不限投保額度)
2. 醫療：
   1. 僑團申請書
   2. 僑團保證書
   3. 臺灣醫療機構保證書
   4. 僑團團員名冊(含總表)
   5. 預繳醫療服務費用之相關證明
   6. 就診醫院之診療計畫書及說明書(應敘明醫療全程時間)
   7. 團員個人財力證明：(下列四項擇一提供，並得免驗證)
      1. 相當新臺幣二十萬元以上金融機構存款證明
      2. 銀行核發金卡證明文件
      3. 年工資所得相當新臺幣五十萬元以上之薪資所得證明
      4. 旅遊意外醫療險投保證明(不限投保額度)
   8. 來回機票：機票、電子機票或相關證明
   9. 其他文件：
      1. 陪伴照護親屬：來臺必要性說明、經驗(查)證之親屬證明文件
      2. 其他視個案要求提供之文件

**七、保證機制：**

1. 健檢/醫美：
   1. 以僑團（社）名義為參加本專案之團員擔保，僑團（社）理事長或總幹事(秘書長)為保證人，保證全團集體辦理入境，並應於簽證期滿前出境，另由僑團(社)指定一名團員擔任團長，團長需負責該團通報等相關工作。
   2. 若發生團員未至醫院進行健檢醫美服務、逾期滯臺或發生其他危安等情事，除該團員未來不得再申請以本專案入臺外，該僑團需負擔強制出國及收容期間之必要費用(費用交由承辦旅行社支付)，並自該團員簽證到期之隔日起暫停該僑團組團之申請六個月，且不受本案試辦期間之限制而縮短停權期間。
   3. 僑民申請延簽後，則改由治療醫院保證團員行蹤與進行異常通報，若發生團員行方不明、滯留等情事，由該院負擔強制出國及收容期間所需之必要費用。
   4. 醫院應預先酌收部分健檢、醫美服務費用(建議訂金200美元)。
2. 醫療：
   1. 以醫療為事由申請本案之僑民，應在送件申請前，先與臺灣承辦醫療機構完成接洽，並取得**醫療機構保證書**後，併同僑團申請簽證資料至駐外館處遞件申請。
   2. 若發生團員未至醫院接受醫療服務、逾期滯臺或發生其他危安等情事，除該團員未來不得再申請以本專案入臺外，該僑團需負擔強制出國及收容期間之必要費用(費用交由承辦旅行社支付)，並自該團員簽證到期之隔日起暫停該僑團組團之申請六個月，且不受本案試辦期間之限制而縮短停權期間。
   3. 醫院應預先酌收部分醫療費用(建議訂金為醫療費用之50%)。

**八、陪伴親屬規定：**

1. 健檢/醫美：年滿75歲之團員得由1名成年親屬陪伴參加（陪伴人員得免進行健檢）。
2. 醫療：得申請其配偶或3親等內親屬1人同行〔需檢附經驗(查)證之親屬證明文件〕。

**九、異常通報機制：**

1. 基於安全性及實務通報可行性之考量，僑團在臺行程需委由領有交通部觀光局合格執照之綜合旅行社或甲種旅行社辦理，並於僑團申請簽證時，檢附旅行社合格執照影本(須加蓋與正本相符章)。
2. 若遇僑民未能即時隨團入境或臨時取消該次旅遊行程，則由導遊協助團長通報國際醫療管理工作小組，由該小組通報僑委會與外交部、移民署，由移民署依異常通報表所載之未入境名單，於電腦查驗系統註記不得持該簽證入國。導遊須協助該僑團團長，轉知該團員不得持該簽證來臺。
3. 健檢/醫美：僑團與承辦旅行業者應有效管理僑民在臺情形，如發生以下事項時，僑團或承辦旅行業者應主動填具**異常通報表**並通報國際醫療管理工作小組，由該小組通知外交部、僑委會。
   1. 未如期出境
   2. 未到醫療機構接受健檢或醫美服務
   3. 如有相關違法事項或行方不明等情事之發生
4. 醫療：承辦僑民來臺就醫之醫療機構應有效管理僑民在臺情形，如發生以下事項時，醫療機構應主動填具**異常通報表**並通報國際醫療管理工作小組，由該小組通知外交部、僑委會。
   1. 未如期出境
   2. 未到醫療機構接受醫療服務
   3. 如有相關違法事項或行方不明等情事之發生
5. 異常通報聯絡窗口：國際醫療管理工作小組。

**十、其他相關規定：**

1. 首次申請組團參加僑安專案之僑團，應附上「僑團基本資料」(包含僑團名稱、負責人及其聯絡方式、職員名冊及僑團地址等資料)，併同僑團申請書與申請簽證資料送駐外館處，再核轉至僑委會。
2. 本專案配合之醫療機構以參與衛生福利部醫療服務國際化計畫之會員機構為限。
3. 為避免醫院間削價競爭，降低醫療服務品質，本專案訂定健檢醫美服務價格下限，醫學中心收費不得低於新臺幣15,000元整，非醫學中心收費不得低於新臺幣10,000元整。
4. 僑委會函請外交部協助通知外館核發來臺簽證，僑團團員名冊由外交部確定發證後，副本抄送僑委會，以便入境追蹤。
5. 若僑民來臺經健檢後需另外進行疾病治療時，限由原承辦醫院提供後續治療照護，若原承辦醫院無法提供治療照護，應開立轉診必要單供團員至其他醫院就診。僑民需取得轉診必要單、**就診醫院之診療計畫書**(詳細載明病患所需治療之方式、治療天數)與**醫療機構保證書**後，始可向外交部辦理延簽作業(至多延長半年)。
6. 本專案由僑委會負責僑團違規情事之裁決，倘若為僑委會無法判斷之事由，應先與相關部會承辦人電話聯絡，並由相關部會於**異常通報表**上填寫建議辦理意見後，回傳僑委會，由僑委會辦理違規裁決程序。

**※異常通報聯絡窗口：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **通報單位** | **電話** | **傳真** | **E-mail** |
| 國際醫療管理工作小組 | 02-2885-1528 | 02-2885-3089 | ttfmtnhca@gmail.com |
| 僑委會 | 02-2327-2854 | 02-2397-2909 | blanca@ocac.gov.tw pihua@ocac.gov.tw |
| 衛生福利部 | 02-8590-6132 | 02-8590-6062 | mdmike@mohw.gov.tw  mdhuangju@mohw.gov.tw |
| 外交部 | 02-2343-2888 | 02-2343-2968 | hankkyhan@boca.gov.tw |
| 移民署 | 02-2375-7372 | 02-2375-8299 | 2077@immigration.gov.tw |

2013.09.06更新

**僑安專案僑民來臺進行健檢或醫美流程**

由原健檢醫院開立醫師診斷證明書交由**外交部**辦理延簽手續，**並通報國際醫療管理工作小組**

進行其他

醫療服務

僑民出境

YES

NO

旅行社接團

前往醫院進行健檢/醫美

進行其他

觀光行程

依僑民回診情形，決定是否繼續在臺接受其他醫療服務

來臺行程結束

旅行社送團

團長填具異常通報表，通報**國際醫療管理工作小組**，由該小組通知外交部、移民署、僑委會

醫療機構填具異常通報表，通報**國際醫療管理工作小組**

團長填具異常通報表，通報**國際醫療管理工作小組**，由該小組通知外交部、僑委會

團長填具異常通報表，通報**國際醫療管理工作小組**，由該小組通知外交部、移民署、僑委會

異常通報

異常通報

異常通報

異常通報

僑團依據**僑團申請書**詳細填具相關資料

與檢附應備文件向外館申請簽證

向當地外交辦事事辦理簽證

僑團向當地僑務組申請來臺進行醫美或健檢

**僑務**組通報僑委會，函請外交部協助通知外館核發來臺簽證

僑民來臺

醫療機構填具**異常通報表，**通報**國際醫療管理工作小組**

異常 通報

**僑安專案僑民來臺進行醫療服務流程**

僑民與臺灣承辦醫療機構完成接洽，並取得相關證明文件交付僑團

僑團依據僑團申請書詳細填具相關資料，並檢附應備文件向外館申請簽證

向當地外交辦事事辦理簽證

旅行社接團

前往醫院接受醫療服務

團長填具異常通報表，通報**國際醫療管理工作小組**，由該小組通知外交部、移民署、僑委會

醫療機構填具異常通報表，通報**國際醫療管理工作小組**

異常通報

異常通報

**僑務組**通報**僑委會**，函請**外交部**協助通知外館核發來臺簽證

僑團向當地僑務組申請來臺進行就醫

僑民來臺

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **僑安專案—僑團申請書** | | | | |
| 本案係為開放柬埔寨、緬甸、寮國等特定國家僑民來臺參訪醫療照護產業發展案(以下簡稱僑安專案)，以僑團（社）名義為參加本專案團員擔保，僑團（社）理事長或總幹事(秘書長)為保證人，保證全團集體辦理入境，並應於簽證期滿前出境，另由僑團(社)指定一名團員擔任團長，團長需負責該團通報等相關工作，相關作業辦法與申請應備文件如下。 | | | | |
| **作 業 辦 法** | 1. 簽證停留天數：30天(申請醫療者由外交部領事事務局視個案狀況核發) 2. 簽證費用：比照外交部外國護照簽證規費收費數額規定。 3. 前置作業時間：來臺2個月前需與醫療機構完成接洽預約，且僑團最遲須於來臺前14個工作天向駐外館處提出簽證申請。 4. 團員人數：每團5到40人為限(以廣義僑民為對象)。 5. 陪伴親屬規定：依僑安專案試辦計畫標準流程規定辦理。 6. **若僑民來臺健檢後需另行疾病治療時，限由原承辦醫院提供後續治療照護**，若原承辦醫院無法提供治療照護，應開立轉診必要單供團員至其他醫院就診，依僑安專案試辦計畫標準流程規定取得所需證明文件，始可向外交部辦理延簽作業。 7. 僑團在臺行程需委由領有交通部觀光局合格執照之綜合旅行社或甲種旅行社辦理，且配合之醫療機構應以加入醫療服務國際化推動計畫之會員醫療機構為限。 8. **團員因故未能隨團入境或臨時取消該次旅遊行程者，不得再以該次簽證單獨入境**，若為延後來臺，則須重新隨他團提出申請辦理入臺簽證。 9. 若發生**團員未至醫院、逾期滯臺或發生其他危安等情事**，除該團員未來不得再申請以本專案入臺外，該僑團需負擔強制出國及收容期間之必要費用，並自該團員簽證到期之隔日起**暫停該僑團組團之申請六個月**，且不受本案試辦期間之限制而縮短停權期間。 10. 以上說明若有未盡事宜，依僑安專案試辦計畫標準流程規定辦理。 | | | |
| **申請應備文件** | **□1.僑團保證書 □2.僑團團員名冊(含總表)**  **□3.旅行社合格執照影本(加蓋與正本相符章) □4.僑團詳細在臺行程**  **□5.預繳健檢、醫美或醫療服務費用之相關證明**  **□6.團員個人財力證明(下列四項擇一提供，並得免驗證)**  □A.相當新臺幣二十萬元以上金融機構存款證明  □B.銀行核發金卡證明文件  □C.年工資所得相當新臺幣五十萬元以上之薪資所得證明  □D.旅遊意外醫療險投保證明(不限投保額度)  ※請備齊上述文件，  依序檢附於後。  **□7.申請醫療者之各類應備文件(依試辦計畫標準流程規定辦理)**  **□8.僑團基本資料(僅首次申請組團參加本案之僑團)** | | | |
| **異常通報** | 1. 若團員於行程中發生行方不明、脫團、滯留、未隨團入出境等情事，團長應主動進行異常通報與通知團員簽證異動事宜，並填具**「僑安專案異常通報表」**與檢附**「僑團團員名冊(含總表)」**，通報**國際醫療管理工作小組**。 2. 異常通報表受理單位--國際醫療管理工作小組：   TEL：(02)2885-1528，FAX：(02)2885-3089，E-mail：[ttfmtnhca@gmail.com](mailto:ttfmtnhca@gmail.com) | | | |
| **申請僑團資料** | | | | |
| 保證僑團(社)名稱 | |  | 僑居國 |  |
| 本案團名 | |  | 本團人數 |  |
| **本人與代申請之團員皆清楚了解僑安專案相關作業辦法，並檢附申請應備文件於後，保證所填內容俱屬事實，如有捏造或虛假情事，願負法律責任。**  **申請日期： 申請人： 簽章\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |

**僑安專案-僑團保證書**

本人 ，為 僑團(社)之理事長/總幹事(秘書長)，特此保證此僑安專案組團 (團名) ，團員計 名(附團員名冊)，於本 年 月 日至 年 月 日赴臺參加僑安專案，團員在臺期間遵守下列規定，如有違背願負全責，並由本僑團負擔團員強制出國及收容期間所需之必要費用與暫停組團資格六個月(費用交由承辦旅行社支付)。

1. 遵守中華民國法令。
2. 全團集體辦理入境，並應於簽證期滿前出境，團員不得擅自逾期滯臺。
3. 團員應至醫院接受醫療服務。

保證人於確實瞭解上列保證內容無誤後，始簽名於後。

|  |  |
| --- | --- |
| 僑團（社）印章 | 保證人： |
| 西元 年 月 日 |

**僑安專案-醫療機構保證書(申請來臺就醫用)**

本人 ，為 (醫療機構名稱)院長，特此保證此僑安專案 (團名) ，團員 ，於本 年 月 日為\_\_\_\_\_\_\_\_\_疾病之治療/複診，至本院接受醫療照護，預計療程 日，團員申請在臺就醫期間應遵守下列規定，並由本院負責該團員之異常通報事宜。

1. 遵守中華民國法令。
2. 團員應至本院接受醫療服務。
3. 團員不得發生逾期滯臺之情事。

保證人於確實瞭解上列保證內容無誤後，始簽名於後。

|  |  |
| --- | --- |
| 醫療機構 印章 | 保證人： |
| 西元 年 月 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **僑安專案-僑團團員名冊(總表)** | | | | | | |
| **保證僑團(社)**  **名稱** | |  | | **僑居國** | |  |
| **本案團名** | |  | | **本案團次** | |  |
| **全團人數** | | 健檢/醫美 | 醫療 | **承辦醫院** | |  |
|  |  |
| **前往醫院日期** | | 年 月 日 |
| **團長姓名** | |  | | **在臺**  **聯絡電話** | |  |
| **僑居地**  **連絡電話** | |  |
| **在臺聯絡人/旅行社** | |  | | **在臺**  **聯絡電話** | |  |
| **在臺地址** | |  |
| **預定**  **入境** | 日期 | 年 月 日 | | | 時間 |  |
| 班機 |  | | | 機場 |  |
| **預定**  **出境** | 日期 | 年 月 日 | | | 時間 |  |
| 班機 |  | | | 機場 |  |
| **簽證核發日期** | |  | | | **簽證屆滿日期** |  |
| **注意事項** | | 1.團員（含團長）基本資料須彙整填寫於後附僑團團員名冊。  2.在臺聯絡人及電話請務必填寫，以免影響權益。  3.簽證相關欄位待外交部核發簽證後，再行補上。  4.進行異常通報時，應同時檢附本表與僑團團員名冊為附件。 | | | | |

**僑安專案-僑團團員名冊**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **本案團名** | |  | | | | **承辦醫院** |  | **全團人數** |  | |
| **職稱** | **中文姓名**  **（英文姓名）** | **性別** | **出生日期**  **（西元）** | **護照號碼** | **簽證號碼**  **簽證效期** | **在臺（僑居國）**  **聯絡電話** | **在臺聯絡地址**  **電子郵件** | **在臺緊急**  **聯絡人** | **來臺從事**  **服務項目** | **醫院收費確認章** |
| **團長** | 王明明 | 男 | 1961/10/10 | 中華民國  123456789 | 簽證號碼 | 國內 王明明  02-12345678 | 在臺聯絡地址  臺北市中正路凱達格蘭大道1號 | 姓名:  電話:  地址: | □健檢  □醫美  □醫療  費用: |  |
| WANG,MING-MING | 僑居國 AB1234567 | 簽證效期 | 國外 王光光  1-123-1234567 | 電子郵件  [A123@yahoo.com](mailto:A123@yahoo.com) |
| 團員 |  |  |  | 中華民國 | 簽證號碼 | 國內 | 在臺聯絡地址 | 姓名:  電話:  地址: | □健檢  □醫美  □醫療  費用: |  |
|  |  | 僑居國 | 簽證效期 | 國外 | 電子郵件 |
| 團員 |  |  |  | 中華民國 | 簽證號碼 | 國內 | 在臺聯絡地址 | 姓名:  電話:  地址: | □健檢  □醫美  □醫療  費用: |  |
|  |  | 僑居國 | 簽證效期 | 國外 | 電子郵件 |
| 團員 |  |  |  | 中華民國 | 簽證號碼 | 國內 | 在臺聯絡地址 | 姓名:  電話:  地址: | □健檢  □醫美  □醫療  費用: |  |
|  |  | 僑居國 | 簽證效期 | 國外 | 電子郵件 |

註：1.本表各欄位請以正楷詳填，除無中文姓名之僑眷外，均應填註中文姓名，**若有中華民國護照與僑居國護照號碼則兩者均需填寫**。

2.簽證號碼與簽證效期待外交部簽證核發後，再行補上。本表如不敷使用請自行延伸。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **僑安專案-異常通報表(旅行社用)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **通報時間** | | | 年　月　日　時　分 | | | | | | | | | | **通報人** | | | |  | | |
| **本案團名** | | |  | | | | | | **接待旅行社** | | | |  | | | | | | |
| **團員姓名** | | |  | | | | | | **隨團導遊** | | | | 姓名 | | | |  | | |
| 手機 | | | |  | | |
| **通報事由** | | **入境**  **通報** | □未隨團入境，本團許可入境 人，實際入境 人，未入境 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **出境**  **通報** | □  提前 | | | 時間： | | | | | | | 出境機場： | | | | | | |
| 航班： | | | | | | | 送機人員： | | | | | | |
| □  延期 | | | 時間： | | | | | | | 出境機場： | | | | | | |
| 航班： | | | | | | | 送機人員： | | | | | | |
| **其他**  **通報** | □緊急事故  □治安案件  □旅遊糾紛  □探訪親友：  1.親友姓名：  2.地址：  3.聯絡電話及手機：  4.歸團時間： | | | | | | | | | | □脫團、行方不明等情事  □疫情通報  □傷病（應補送合格醫療院所開立之醫師診斷證明）  □住宿旅館變更：   1. 原住宿旅館： 2. 變更後住宿旅館：   □其他： | | | | | | |
| **事由說明** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **異常通報會辦表(由僑委會與會辦單位填寫)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 會辦單位 | | | | |  | | | | | | 會辦單位核章 | | | | | |  | | |
| 僑委會會辦問題 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 會辦單位回復意見 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **備註** | | | 1. **入境通報未隨團入境者，不得再以該簽證單獨入境，若為延後來臺，則須重新隨他團提出申請辦理入臺簽證。** 2. 團長與接待旅行社應於僑安專案僑民來臺健檢/醫美團體入境後，每日隨時確認並掌握團員動向與人數，若有團員因故無法配合該團申請行程或有其他事故案件糾紛時，應**立即填具本異常通報表，並檢附僑團團員名冊(含總表)為附件**，通報**國際醫療管理工作小組**。 3. 完成通報後，隨團導遊應攜帶異常通報表影本，以備查驗。 4. 通報表受理通報單位：**國際醫療管理工作小組** 電話: (02)2885-1528, 傳真: (02)2885-3089   E-mail：ttfmtnhca@gmail.com   1. 緊急事故、治安案件等，應立即通報**警察機關**（撥打110專線）或視情況通報**消防局**（撥打119專線），疫情通報案件，應先通報**各縣市衛生主管機關**，再行通報**國際醫療管理工作小組**。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **僑安專案-異常通報表(醫療機構用)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **通報時間** | | | 年　月　日　時　分 | | | | | | | | | | | | **通報人** | | |  | |
| **本案團名** | | |  | | | | | | **接待旅行社** | | | | | |  | | | | |
| **承辦醫院** | | |  | | | | | | **隨團導遊** | | | | | 姓名 | | | |  | |
| 手機 | | | |  | |
| **預計**  **到院日期** | | | 年　月　日 | | | | | | **應到人數** | | | | | |  | | | | |
| **實到人數** | | |  | | | | | | **未到人數** | | | | | |  | | | | |
| **未到院**  **團員名單** | | | 姓名 | | | | 事由 | | | | | | 姓名 | | | | 事由 | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| 姓名 | | | | 事由 | | | | | | 姓名 | | | | 事由 | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| **異常通報會辦表(由僑委會與會辦單位填寫)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 會辦單位 | | | | | |  | | | | | 會辦單位核章 | | | | | |  | | |
| 僑委會會辦問題 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 會辦單位回復意見 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **備註** | | | | | | 1. 承辦醫院應於僑團到院後，立即確認到院人數與申請名單是否一致，若有不符時，應**立即填具本異常通報書，並檢附僑團團員名冊(含總表)為附件**，通報國際醫療管理工作小組。 2. 完成通報後，隨團導遊應攜帶異常通報表影本，以備查驗。 3. 通報表受理通報單位：**國際醫療管理工作小組** 電話：02-2885-1528，傳真：02-2885-3089。   E-mail：ttfmtnhca@gmail.com   1. 緊急事故、治安案件等，應立即通報**警察機關**（撥打110專線）或視情況通報**消防局**（撥打119專線），疫情通報案件，應先通報**各縣市衛生主管機關**，再行通報**國際醫療管理工作小組**。 | | | | | | | | | | | | | |

**僑安專案-醫療機構保證書(申請延簽用)**

本人 ，為 (醫療機構名稱)院長，特此保證此僑安專案 (團名) ，團員 ，於本 年 月 日至 年 月 日，為\_\_\_\_\_\_\_\_\_疾病之治療，至本院接受醫療照護，並申請僑安專案延簽事宜，團員申請延簽在臺就醫期間應遵守下列規定，如有違背願由本院負擔強制出國及收容期間所需之必要費用。

1. 遵守中華民國法令。
2. 團員不得發生逾期滯臺之情事。

保證人於確實瞭解上列保證內容無誤後，始簽名於後。

|  |  |
| --- | --- |
| 醫療機構 印章 | 保證人： |
| 西元 年 月 日 |