

看 護 證 明

茲證明受害人_____因汽車交通事故受傷住院治療
及居家看護所需，期間自 年 月 日至 年
月 日止共計 天，由本人擔任看護，特此證明。

看護親友姓名：

關係：

身分證號碼：

地址：