

(機關名稱)公務人員執行職務意外失能或死亡證明書

中華民國 年 月 日

姓 名		職 稱		出 生 日 期	民國 年 月 日
----------	--	----------	--	----------------------	-------------------------

傷 亡 情 形	<input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 死亡
---------	---

事實經過	
------	--

人 事 主 管 職 章 或 職 名 章		機 關 (構) 首 長 職 章 或 職 名 章	
---	--	---	--

填寫說明：

- 一、本證明書依公務人員執行職務意外傷亡慰問金發給辦法第 15 條之規定訂定。
- 二、事實經過應詳細填寫，如有偽報、偽證或明知不實而仍予核轉，經查明屬實者，依法議處。
- 三、本證明書由機關(構)首長及人事主管蓋章，並加蓋機關印信。