|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (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 | □失能□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。