|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 備註 | 護士 | 家屬 | 病患 | 稱 謂 | 德安航空直昇機搭機人員名冊 |
| 一.請備自付款新台幣貳拾伍萬元整。  二.申請表格共一份，填妥後附病患身分證影本、隨行家屬身分證影本、醫院診斷證明書、及病危通知單，傳真至  德安航空台北站電話：（02）27123995轉分機11.（02）2545-3024  傳真：（02）2545-2539.（02）2712-4040  德安航空高雄站電話：（07）806-9397  傳真：（07）806-9406 |  |  |  | 姓名 |
|  |  |  | 性別 |
|  |  |  | 出生年月日 |
|  |  |  | 身分證字號 |
| 由德安航空負責安排 |  |  | 住址 |
|  |  |  | 聯絡電話 |

**(附件九)**