

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：