

香港特別行政區政府運輸署
Transport Department, the Government of the Hong Kong Special Administrative Region

大嶼山封閉道路通行許可證
Lantau Closed Road Permit

行動不便證明書
Mobility Disabilities Certification

姓名： Name:
(中文) _____ (English) _____

身份證號碼： Identity Card Number: _____

謹此證明上述殘疾人士為下肢肢體傷殘行動不便。有關的殘疾情況如下#：

This is to certify that the above named person has lower limb mobility disabilities* and the details are as follows: #

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quadriplegia 四肢癱瘓 | <input type="checkbox"/> Stroke, CVA 中風、腦血管意外 |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy 腦癱瘓 | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis 小兒麻痺症 |
| <input type="checkbox"/> Hemiplegia 偏癱／半身不遂 | <input type="checkbox"/> Amputation 截肢 |
| <input type="checkbox"/> Others 其他 (Please specify 請詳細註明)： | |

根據 _____ (日期) 的評估，上述的殘疾情況有可能持續 _____ 個月。

According to the assessment conducted on _____ (date), the above disability condition is likely to last for _____ months.

上述人士為輪椅使用者
The above named person is Wheelchair User

註冊醫生 / 註冊物理治療師簽名#
Signature of registered doctor / registered physiotherapist# : _____

註冊醫生 / 註冊物理治療師正階姓名#
Name of registered doctor / registered physiotherapist# : _____
(BLOCK letters)

醫院 / 診所 / 機構名稱#
Name of Hospital / Clinic / Organisation# : _____

聯絡電話號碼
Telephone No. : _____

日期
Date : _____

醫院 / 診所 / 機構蓋印#
Hospital / Clinic / Organisation Chop#

請在適當的方格內加上「✓」號
Please tick (✓) the appropriate box(es).

請將不適用的刪去
Delete whichever is inapplicable.