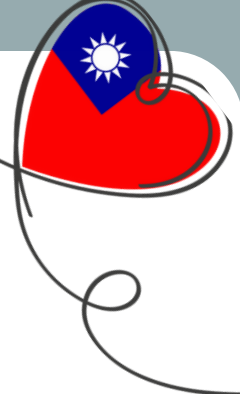


VISA DE RESIDENCIA (MOTIVOS DE MATRIMONIO)



- ✓ Dos fotos recientes a color, tamaño pasaporte, fondo blanco (medidas 4.5 cm * 3.5 cm)
- ✓ Llenar el formulario online: (https://visawebapp.boca.gov.tw/BOCA_EVISA/)
Luego imprima el formulario de solicitud (archivo.pdf) en hoja tamaño carta. (Ingresar donde dice General Visa Applications).
- ✓ El solicitante deberá llenar el formulario adjunto titulado "Health Certificate for Residence Application (Examen Médico)" y, al mismo tiempo, presentar un certificado de buena salud emitido por un médico autorizado.
- ✓ Pasaporte vigente más de 6 meses. (Original y una Fotocopia)
- ✓ Itinerario de vuelo
- ✓ El/la solicitante deberá presentar el certificado de matrimonio debidamente legalizado por el Ministerio de Relaciones Exteriores del país en el que se llevó a cabo el matrimonio.
- ✓ Presentar el pasaporte en donde está la visa americana (si es que tiene la visa americana).

IMPORTANTE

Enviar sus requisitos previo a confirmación de pago a gtmconsular@gmail.com

No se aceptarán solicitudes que no hayan sido enviadas previamente. Además, aquellas solicitudes con documentos faltantes serán rechazadas.



醫院標誌

Hospital's Logo

居留或定居健康檢查項目表 Health Certificate for Residence Application

(醫院名稱、地址、電話、傳真)
(Hospital's Name, Address, Tel, Fax)

檢查日期 / Date of Examination
YYYY / MM / DD

基本資料 / Basic Data

姓名： Name	性別： ☐ 男 / M ☐ 女 / F Sex	照片 / Photo
身份證字號： ID No.	護照號碼： Passport No.	
出生年月日： Date of Birth	國籍： Nationality	
年齡： Age	聯絡電話： Phone No.	

實驗室檢查 / Laboratory Examinations

A. 胸部 X 光肺結核檢查 / Chest X-ray for Tuberculosis :

X 光發現 / Findings : _____

判定 / Result :

- ☐ 合格 / Passed ☐ 疑似肺結核 / TB suspect ☐ 無法確認診斷 / Pending ☐ 不合格 / Failed
☐ 孕婦或 12 歲以下兒童免驗 / Not required for pregnant women or children under 12 years of age

B. 腸內寄生蟲糞便檢查 / Stool Examination for Parasites :

- ☐ 陽性，種名 / Positive, Species _____ ☐ 陰性 / Negative
☐ 其他可不予治療之腸內寄生蟲 / Other parasites that do not require treatment _____
☐ 來自附錄三之國家/地區者免驗 / Not required for applicants from countries/areas listed in Appendix 3

C. 梅毒血清檢查 / Serological Tests for Syphilis :

檢驗 / Tests :

- a. ☐ RPR ☐ VDRL
☐ 陽性 / Positive, 效價 / Titers _____ ☐ 陰性 / Negative, 效價 / Titers _____
b. ☐ TPHA ☐ TPPA ☐ FTA-abs ☐ TPLA ☐ EIA ☐ CIA
☐ 陽性 / Positive, 效價 / Titers _____ ☐ 陰性 / Negative, 效價 / Titers _____
c. ☐ other _____ ☐ 陽性 / Positive, 效價 / Titers _____
☐ 陰性 / Negative, 效價 / Titers _____

判定 / Result : ☐ 合格 / Passed ☐ 不合格 / Failed

☐ 15 歲以下兒童免驗 / Not required for children under 15 years of age

D. 麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢查報告或預防接種證明 / Proof of Positive Measles and Rubella Antibody or Measles and Rubella Vaccination Certificates :

a. 抗體檢查 / Antibody Tests

麻疹抗體 / Measles Antibody ☐ 陽性 / Positive ☐ 陰性 / Negative ☐ 未確定 / Equivocal

德國麻疹抗體 / Rubella Antibody ☐ 陽性 / Positive ☐ 陰性 / Negative ☐ 未確定 / Equivocal

- b. 預防接種證明 / Vaccination Certificates (證明應包含接種日期、接種院所及疫苗批號；接種日期與出國日期應至少間隔兩週 / The certificate should include the date of vaccination, the name of administering hospital or clinic and the batch no. of vaccine; the date of vaccination should be at least two weeks prior to traveling overseas.)

☐ 麻疹預防接種證明 / Measles Vaccination Certificate

☐ 德國麻疹預防接種證明 / Rubella Vaccination Certificate

- c. ☐ 有接種禁忌，暫不適宜預防接種 / Having contraindications, not suitable for vaccination

漢生病檢查 / Examinations for Hansen's Disease

全身皮膚視診結果 / Skin Examination

- ☐ 正常 / Normal
- ☐ 異常 / Abnormal : ☐ 非漢生病 / Not related to Hansen's disease : _____
- ☐ 疑似漢生病須進一步檢查 / Hansen's disease suspect who needs further examinations
- a. 病理切片 / Skin Biopsy : _____
- b. 皮膚抹片 / Skin Smear : ☐ 陽性 / Positive ☐ 陰性 / Negative
- c. 皮膚病灶合併感覺喪失或神經腫大 / Skin lesions combined with sensory loss or enlargement of peripheral nerves : ☐ 有 / Yes ☐ 無 / No

判定 / Result :

- ☐ 合格 / Passed ☐ 須進一步檢查 / Needs further examinations ☐ 不合格 / Failed
- ☐ 來自附錄四之國家/地區者免驗 / Not required for applicants from countries/areas listed in Appendix 4

健康檢查總結果 / The final result of health examination :

- ☐ 合格 / Passed ☐ 須進一步檢查 / Need further examinations ☐ 不合格 / Failed

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist : _____

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician : _____

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent : _____

日期 / Date : YYYY / MM / DD

備註 / Note : 本證明三個月內有效。 / The certificate is valid for three months.