

日期: \_\_\_\_\_

敬启者:

**医学证明**

(由进行性别重置手术并有资格于当地进行有关手术的非本地执业医生填写)

\_\_\_\_\_ (姓名)

香港身份证号码: \_\_\_\_\_ /

旅行证件种类及号码: \_\_\_\_\_ \*

本人证明上述人士已进行以下手术:

由女性重置为男性的性别重置手术, 包括:

- (i) 切除子宫及卵巢; 及
- (ii) 建造阴茎或某种形式的阴茎。

由男性重置为女性的性别重置手术, 包括:

- (i) 切除阴茎及睾丸; 及
- (ii) 建造阴道。

医生签署: \_\_\_\_\_

医生姓名: \_\_\_\_\_

专业资格: \_\_\_\_\_

(国家): \_\_\_\_\_

(机构): \_\_\_\_\_

联络资料 (电话): \_\_\_\_\_ (传真): \_\_\_\_\_

(地址): \_\_\_\_\_

(电子邮件): \_\_\_\_\_