

診所（非醫事人員）在職證明書

姓 名：

出生日期：

身分證字號：

職 稱：

【診所非醫事人員計畫對象：包括以勞健保投保資料顯示診所為其投保單位，或持診所院長（或代理人）開立在職證明資料認定之工作人員】

服務期間： 自 年 月 日起至今於本診所任職。

特此證明

機 構 名
稱：

蓋章

負 責 人：

蓋章

聯 絡 電
話：

地 址：

（診所大章）

（負責醫師私章）