

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)

中 華 民 國 年 月 日