

實際執行醫事人員業務日期聲明書

本人_____自_____年_____月_____日起始實際執行
_____業務，機構出具之在職日期非實際執行醫事人員業務日
期，請准予自實際執行業務日核發執業執照。以上所言屬實，如有不實，
願自負法律責任。

此致

臺中市政府衛生局

立切結書人：

(親自簽名)

身分證字號：

連絡電話：

戶籍地址：

中 華 民 國 年 月 日