

# 切結書

具	結	人	姓	名
領	有	證	書	
<input type="checkbox"/> 醫師	<input type="checkbox"/> 中醫師	<input type="checkbox"/> 牙醫師		
<input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(士)	<input type="checkbox"/> 醫事放射師(士)			
<input type="checkbox"/> 物理治療師(士)	<input type="checkbox"/> 職能治療師(士)			
<input type="checkbox"/> 護理師	<input type="checkbox"/> 護士	<input type="checkbox"/> 助產士		
具	結	事	宜	
查上開事項，如有虛偽情事具結人願負法律上一切責任。				
此 致				
台東縣衛生局				
具結人：			(親筆簽章)	
身分證字號：				
住址：				
聯絡電話：				
中華民國	年	月	日	