

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：

【公費流感疫苗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）開立在職證明資料之工作人員】

服務期間：自 年 月 日起迄今於本診所任職。

特此證明

機 構 名
稱：

蓋章

(診所醫療機構章印)

負 責
人：

蓋章

(診所負責人印)

聯 絡 電
話：

地
址：

中 華 民 國 年 月 日