具 結 書

本人 (姓名)因診所開業執照遺失，未檢附診所開業執照辦理執業異動，以上敘述屬實，如有虛偽之事，具結人願負法律上一切責任。

此 致

# □高雄市政府衛生局

□高雄市 衛生所

具 結 人： 身分證字號： 聯絡電話： 聯絡地址：

中華民國 年 月 日