

# 具 結 書

本人\_\_\_\_\_ (姓名)因診所開業執照遺失，  
需申請補發，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