

切 結 書

本人係_____診所(機構代碼：_____)新任負責醫師，於 年 月 日之負責醫師變更申請案件，同意原診所之名稱、地址、建築物之樓地板面積及樓層、服務設施裝備，及醫事人員與診療科別均維持現狀，並全部概括承受原負責醫師之權利義務。

新任負責醫師： (簽章)

身分證字號：

原負責醫師： (簽章)

身分證字號：

中華民國 年 月 日