

# 口罩領取簽領單

診所名稱：\_\_\_\_\_

委託人(負責醫師親簽+診所大章)：\_\_\_\_\_

領取新北市衛生局提供 2 人以上診所每家一盒口罩，恐口說無憑，避免事後爭議，特立此書為據。

<p>負責醫師執業執照 (正面黏貼) 負責醫師親領需帶正本查驗</p>	<p>負責醫師執業執照 (背面黏貼) 負責醫師親領需帶正本查驗</p>
<p>代領人身分證 (正面黏貼) 負責醫師親領免付 代領人需帶身分證正本查驗</p>	<p>代領人身分證 (背面黏貼) 負責醫師親領免付 代領人需帶身分證正本查驗</p>

中華民國            年            月            日