

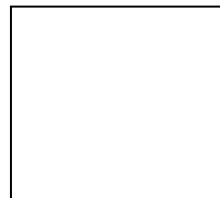
區域：  
：

# 新北市衛生局第五批口罩

## 領取簽領單

診所名稱：\_\_\_\_\_

委託人(負責醫師親簽+診所大章)：\_\_\_\_\_



編號：  
：

領取新北市衛生局釋出第五批口罩(一般醫用)，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) 負責醫師親領免附 代領人需帶身分證正本查驗</p>	<p>代領人身分證 (背面黏貼) 負責醫師親領免附 代領人需帶身分證正本查驗</p>

中華民國            年            月            日

# 放棄請領切結書

申明放棄由新北市牙醫師公會代新北市政府衛生局發放之口罩(第五批)，全權由新北市牙醫師公會處理，立切結書人。恐空口無憑，特立此切結書為憑。

此致

## 新北市牙醫師公會

院所名稱：

院所代碼：

住 址：

聯絡電話：

立切結書人(負責人)：

中華民國

年

月

日