

# 同 意 書

本人同意日後以新北公會 APP QR code 為代表本人身分證明文件之一，並自負保管責任。若有截圖轉傳，皆為本人同意，等同正本效力!

立書人親簽：

身分證字號：

中華民國          年          月          日

# 委託暨同意書

(可多家診所委託 1 人代領)

本人同意日後以新北公會 APP QR code 為代表本人身分證明文件之一，並自負保管責任。若有截圖轉傳，皆為本人同意，等同正本效力！(方便日後有類似領取作業，不需重複影印證件)

並委託：\_\_\_\_\_ (受託人姓名需親簽) 身分證字號 \_\_\_\_\_

代表

診所名稱：

委託人(負責醫師親簽+診所大章)：

診所名稱：

委託人(負責醫師親簽+診所大章)：

領取 1. 新北市衛生局發放口罩一盒(每家診所一盒)

2. 新北市牙醫師公會贈送每位會員口罩 36 片(以診所為單位統一領取)，恐口說無憑，避免事後爭議，特立此書為據。

中華民國      年      月      日

# 診所專任醫師清冊

診所名稱：

診所電話：

1	負責醫師姓名		身分證字號	
2	專任醫師姓名		身分證字號	
3	專任醫師姓名		身分證字號	
4	專任醫師姓名		身分證字號	
5	專任醫師姓名		身分證字號	
6	專任醫師姓名		身分證字號	
7	專任醫師姓名		身分證字號	
8	專任醫師姓名		身分證字號	
9	專任醫師姓名		身分證字號	
10	專任醫師姓名		身分證字號	