

# 聲 明 書

本診所為醫療服務審查所需，檢送 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月(  送核

補報  立意抽審)之抽樣病歷或診療相關證明文件，資料皆與正

本相符，特此聲明，以茲為憑。

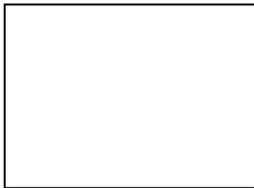
此致

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

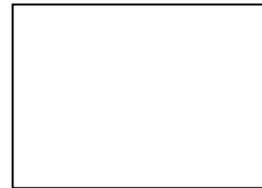
醫事機構名稱: \_\_\_\_\_

醫事機構代號: \_\_\_\_\_

醫事機構印章



負責醫師印章



中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日