**診所（非醫事人員）在職證明書**

附件4

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名： |  |
| 出生日期： |  |
| 身分證字號： |  |
| 職 稱： |  |
| 【診所非醫事人員計畫對象：包括以勞健保投保資料顯示診所為其投保單位，或持診所院長（或代理人）開立在職證明資料認定之工作人員】 | |
| 服務期間： | 自　　年　　月　　日起至今於本診所任職。 |

**特此證明**

**（負責醫師私章）**

**（診所大章）**

|  |  |
| --- | --- |
| 機構名稱： | 蓋章 |
| 負 責 人： | 蓋章 |
| 聯絡電話： |  |
| 地 址： |  |