

# 證 明 書

茲 證 明

姓名：\_\_\_\_\_

出生年月日：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

從民國 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日起至 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日止

確實受\_\_\_\_\_牙醫診所委託進行口腔外牙醫醫療用之

牙冠、牙橋、嵌體、矯正裝置、義齒之製作、修理或加工業務。

醫事機構代碼：

牙醫診所名稱：

印信

牙醫診所負責人：

簽章

中華民國 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日