

(請填寫診所名稱)

服務證明書

| 姓名                       | 出生年月日                    | 到職日期                     | 離職日期                     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                          |                          |                          |                          |
| 性別                       | ID                       | 職稱                       | 備註                       |
|                          |                          |                          |                          |
| 執業狀況                     |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 在職                       | 離職                       | 免職                       | 資遣                       |

右列各項資料確實無訛特此證明

牙醫診所統一編號：

)

負責人：

(請簽名並蓋大小章)

中華民國

年

月

日