

聲 明 書

本院所為醫療服務審查所需，檢送_____年_____月(送核；補報；
立意審查；送核申復；補報申復；立意審查申復；其他)
之抽樣病歷或診療相關證明文件及電子資料等複製本或影印本皆與正
本相符，特此聲明，以茲為憑。

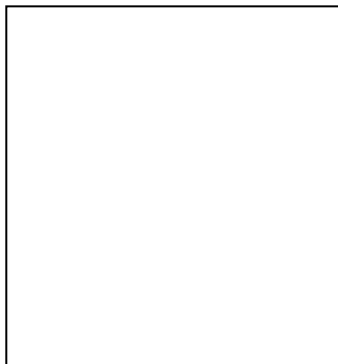
此致

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

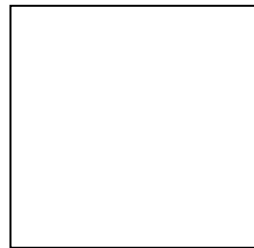
醫事機構代號：_____

醫事機構名稱：_____

醫事機構印章



負責醫師印章



中 華 民 國 年 月 日