

# 具 結 書

本人 (姓名)因醫事人員

**執業執照遺失**，未檢附執業執照辦理執業異動，以上敘述屬實，如有虛偽之事具結人願負法律上一切責任。

此 致

高雄市政府衛生局

具 結 人：

身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

中華民國

年

月

日