公發免費防疫口罩 (第4,5,6,7次)口罩領取單

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 執業處所名稱 |  | 連絡電話 |  |
| 領取人數 |  | 領取口罩量 | 包 |
| 類別 | 醫師姓名 | 醫師簽名 | 醫師職章 |
| **1.負責醫師** |  |  |  |
| 2.執業醫師 |  |  |  |
| 3.執業醫師 |  |  |  |
| 4.執業醫師 |  |  |  |
| 5.執業醫師 |  |  |  |

領取人/受委託人: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身份證字號: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
委託人(負責醫師): 簽章

受委託

醫院院章

或

公司章

**中華民國１０９年 月　　　日**

**－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－**

公發免費防疫口罩 (第4,5,6,7次)口罩領取單

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 執業處所名稱 |  | 連絡電話 |  |
| 領取人數 |  | 領取口罩量 | 包 |
| 類別 | 醫師姓名 | 醫師簽名 | 醫師職章 |
| **1.負責醫師** |  |  |  |
| 2.執業醫師 |  |  |  |
| 3.執業醫師 |  |  |  |
| 4.執業醫師 |  |  |  |
| 5.執業醫師 |  |  |  |

領取人/受委託人: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身份證字號: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
委託人(負責醫師): 簽章

受委託

醫院院章

或

公司章

**中華民國１０９年 月　　　日**