

具(切)結書

本人_____，原領臺南市政府衛生局中華民國_____年____月____日核發之南市衛_____執字第_____號執業執照，因（☐保管不慎 ☐其他_____）
☐遺失☐損毀，茲向貴局申請☐補發☐不再使用，如有虛偽情事，具結人願意負責一切法律責任。

備註：一、個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：申請人同意提供本表所列之個人資料，做為臺南市政府衛生局辦理醫事人員、醫療機構開（執）業異動申請之處理及建檔等相關業務使用。
二、申請人得以書面請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用或删除。

此 致
臺南市政府衛生局

具結人：

（簽章）

申請日期： 年 月 日