

中醫診所

在 職 證 明

員 工 姓 名		身 份 證 字 號	
出 生 年 月 日	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
職 稱	中 醫 師		
到 職 日 期	年 月 日		

負責醫師：

院 址：

電 話：

中華民國

年

月

日