

# 領 據

茲領取公會撥用診所醫療人員之口罩

特此證明

診所名稱：

診所掛牌執業人數：

領 受 人：

受 託 人：

請務必蓋診所大小章：

(診所大章)

(負責醫師私章)

中 華 民 國          年          月          日