

證 明 書

茲 證明

姓名：_____

出生年月日：_____

身分證字號：_____

從民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日起至 ____ 年 ____ 月 ____ 日止

確實受_____牙醫診所委託進行口腔外牙醫醫療用之

牙冠、牙橋、嵌體、矯正裝置、義齒之製作、修理或加工業務。

醫事機構代碼：

牙醫診所名稱：

印信

牙醫診所負責人：

簽章

中華民國 年 月 日