

# 在 職(服 務)證 明 書

( 出具證明機關或企業機構全銜 )

姓 名											出 生 年 月 日	民 國      年      月      日
身分證字號											性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
服 務 部 門	<input type="checkbox"/> 病房單位，科別：_____ <input type="checkbox"/> 急重症單位，科別：_____ <input type="checkbox"/> 手術室，科別： <input type="checkbox"/> POR、 <input type="checkbox"/> OR-刷手、流動 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 其他單位，請說明：_____										職 稱	
擔 任 工 作 內 容	在職期間擔任『 <b>全職</b> 』的臨床實務照護工作。											
任 職 日 期	自民國      年      月      日起至      年      月      日止											
服 務 年 資	服 務 期 間 『 <b>全 職</b> 』 擔 任 臨 床 照 護 實 務 工 作 年 資 共 計 滿      年      月											
在 職 情 形	<input type="checkbox"/> 現 仍 在 職 <input type="checkbox"/> 現 已 離 職											
醫 院 評 鑑 合 格 類 別	<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院      (請附佐證資料)											
注 意 事 項	如為擔任『 <b>部分工時</b> 』之臨床工作年資『 <b>不採計</b> 』。											
備 註												

(以上資料內容，如有不實，願負法律責任)

證明機構(全銜)：

請加蓋關防或公司章

負責人：

機構地址：

營利事業登記證或法人登記證書字號：

(政府機構或公營機構免填，請加蓋關防或公司章)

中 華 民 國      年      月      日