

由法人醫療服務提供者負責管理及保存病歷之聲明書

(適用於醫療人員註銷完全執照/有限度執照)

根據第 5/2016 號法律《醫療事故法律制度》第八條第二款及衛生局第 05/SS/2017 號批示有關病歷的記錄、管理、保存及銷毀程序指引之規定，茲聲明本人_____，完全執照 / 有限度執照 (請圈出適當選項) 類別 _____，執照編號 _____，已遵照上述規定，由法人醫療服務提供者 _____負責管理及保存本人的就診者病歷。

本人聲明上述資料屬實無誤。

聲明人

簽名(須與身份證一致)
_____年____月____日

由法人確認本聲明書

法人代表簽名及蓋章
_____年____月____日