

# 切 結 書

具結人\_\_\_\_\_因\_\_\_\_\_（負責人）身故，  
無法親自辦理\_\_\_\_\_（機構名稱），  
茲向貴局申請辦理歇業。如有虛偽情事，具結人願負  
法律上一切責任。

此致

基隆市衛生局

具結人簽章：

身分證字號：

聯絡電話：

中華民國

年

月

日