

病歷保管聲明書

具結人_____因_____（負責人）身故辦理_____診所歇業，將依醫療法第 70 條規定，診所之病歷由_____保管。

此致

基隆市衛生局

具結人簽章：

身分證字號：

聯絡電話：

日期：