

投保職業民事責任強制保險之聲明書

(適用於醫療人員實習執照的申請)

根據第 5/2016 號法律《醫療事故法律制度》第三十六條及第 5/2017 號行政法規第四條第二款規定，茲聲明本人_____，
實習執照類別 _____，執照編號
_____，於(實習場所名稱) _____
進行實習，已履行上述規定，透過上述實習場所的法人 (法人實體名稱)
_____投保職業民事責任強制性保險。

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