**臺東縣長照服務人員證明補、換發**

**具結書**

本人＿＿＿＿＿＿＿，因原長期照顧服務人員之證明文件

□損壞□內容變更□其他原因，＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

故申請□補發□換發長期照顧服務人員證明，原證明作廢。

特此證明，如有不實，願負擔法律責任，並同意取消認證資格

　此致

 　臺東縣衛生局 長期照顧科

立具結書人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(簽名/蓋章)

出生年月日：民國＿＿＿年＿＿月＿＿日

身分證字號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

聯絡電話　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

通訊地址　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

中華民國年月日