

## 投保職業民事責任強制保險之聲明書

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\_\_\_\_\_，  
准照類別\_\_\_\_\_，准照編號 \_\_\_\_\_，  
受僱於(場所名稱)\_\_\_\_\_，已履行上述規定，  
透過僱主法人(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