

# 轉 讓 書

本機構轉讓健保 I C 卡讀卡機

台

( 牌，型號： 序號： ) 予

醫事機構代號：

負責醫事人員：

特此證明。

此致

衛生福利部中央健康保險署

業務組

轉讓人：

醫事機構名稱：

(大章用印)

醫事機構代號：

負責醫事人員：

(小章用印)

中 華 民 國 年 月 日