



# 初级护工证明

## 县级服务区域表 998-A

### 账户持有者信息

以下区域由县级服务区域内账户持有人填写完整

账户号码	服务地址
账户持有人姓名	初级护理服务接受人
申请付款安排的账单日期	申请付款安排的账单金额

#### 账户持有人证明

我，账户持有人，证明上述接受初级护理服务的人员所居住地址为服务地址，如若作伪证将接受处罚。

\_\_\_\_\_

账户持有人签字

### 初级护工证明

以下区域由初级护工填写完整

病患姓名	初级护工姓名
诊所名称	诊所地址
诊所电话号码	国家护工注册号

#### 初级护工证明

我，初级护工，我证明向上述人员提供保健服务，停止向此人供水将对其健康和安全构成严重威胁，如若作伪证将接受处罚。

\_\_\_\_\_

初级护工签名

仅限办公室使用

接收日期和时间	接收人	是否填写完整?