**社團法人新北市藥師公會**

附件二

**感謝狀申請書**

茲證明 於本健保特約藥局擔任志願服務人員，協助執行「防疫口罩實名制販售」，特向社團法人新北市藥師公會申請該人員之感謝狀。

自民國 年 月 日至 年 月 日，每日 小時，共計累積時數 小時。

申請人員

姓名：

身份證字號：

聯絡電話：

申請機構

機構名稱：

機構地址： （機構章）

負責人：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日