

產科或母胎醫學臨床醫療服務證明

茲證明_____君於_____（機構及單位名稱）自
年__月至__年__月從事產科（母胎醫學）臨床工作，現
仍從事相關醫療服務。

此致

台灣母胎醫學會

（簽名或蓋章）
（請註明醫療機構主管或負責人之姓名與職稱）

中華民國 年 月 日