

# 臺中市政府衛生局受理醫事人員停業(復業)申請書

|      |            |   |             |  |
|------|------------|---|-------------|--|
| 基本資料 | 醫事人員類別     | <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 助產師(士)<br><input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 心理師<br><input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 聽力師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 驗光師(生) |             |  |
|      | 姓名         |   | 身分證<br>統一編號 |  |
|      | 執業機構名稱     |   | 執業機構代碼      |  |
|      | 文書送達<br>地址 |   | 聯絡電話        |  |

|      |                             |    |  |  |
|------|-----------------------------|----|--|--|
| 申請事項 | <input type="checkbox"/> 停業 | 日期 | 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止   |  |
|      |                             | 事由 | <input type="checkbox"/> 出國進修 <input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 機構內部整修 <input type="checkbox"/> 育嬰留停<br><input type="checkbox"/> 休養 <input type="checkbox"/> 其它 _____ |  |
|      | <input type="checkbox"/> 復業 | 日期 | 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起(復業日如有異動，請提前辦理)  |  |

**※以下欄位機構負責人停業必填，非機構負責人無需填寫。**

停業期間有無代理負責人：有(請詳填以下代理負責人資料)

無(請檢附其他醫事人員停(復)業申請書)

|                      |  |      |  |  |
|----------------------|--|------|--|--|
| 代理負責人<br>(或醫師)<br>姓名 | 執業場所   |      |  |  |
|                      | 執業機構代碼   |      |  |  |
| 執業執照                 | 中市衛 _____ 執字第 _____ 號  | 執業縣市 |  |  |
| 機構內醫事人員<br>是否一併停業    | <input type="checkbox"/> 是【請檢附其他醫事人員停(復)業申請書】 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>否</span> |      |  |  |

|       |         |       |         |                 |                |
|-------|---------|-------|---------|-----------------|----------------|
| 申請人   | (簽名或蓋章) | 代辦人   | (簽名或蓋章) | 申請日期            | ____/____/____ |
| 機構核章欄 |         | 公會核章欄 |         | (請先行詢問是否需經公會核章) |                |

- 備註：(1)本申請案件應於停業事實發生日起 30 日內，檢附機構停業證明文件(或於機構核章欄蓋章)後，向本局核備完成。
- (2)復業日期如有異動，請於事實發生日前，檢附機構復業證明文件(或於機構核章欄蓋章)後，向本局核備完成。
- (3)聘有代理負責人之醫療院所(或醫事機構)，應另檢附代理負責人本人及其執業機構同意書，另代理負責人應依相關醫事人員法規定，向執業登記所在地之主管機關辦理報備支援事項。
- (4)代理負責人應具備相關負責人資格(如：專科醫師資格、2 年醫療院所(醫事機構)負責人資格…)