

臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書

醫事人員 類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input checked="" 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"/> 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"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 心理師 <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)	照片 黏貼處 (歇業免貼)
基本資料	姓名：_____ 出生年月日：____/____/____ 身分證統一編號：_____ 手機：_____ 執業機構名稱：_____ 執業機構代碼：_____ 執業機構地址：臺中市 _____ 區 _____ 電話：_____ 執業科別： <u>中醫一般</u> 科 照片浮貼處 *具有多重醫師人員資格者，依「具有多重醫事人員資格者執業管理辦法」第3條第2項規定，得申請於執業執照上加註(具資格且擬申請者請勾選)： <input type="checkbox"/> 醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 醫師(兼具中醫師、牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具醫師、中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具醫師、牙醫師執業資格)	
申請事項	一、 <input type="checkbox"/> 執(從)業登記 執(從)業日期：自____/____/____起 二、 <input type="checkbox"/> 歇業(註銷) 離職日期：____/____/____ (一) <input type="checkbox"/> 單純歇業 (二) <input type="checkbox"/> 變更執業場所(註銷原執業執照，重新申請執業登記) 原登記機構_____，離職日____/____/____ 變更後機構_____，到職日____/____/____ 三、 <input type="checkbox"/> 變更登記 執業科別：原登記_____，變更後_____ 資格變更：原登記_____，變更後_____ 其他：原登記_____，變更後_____ 四、 <input type="checkbox"/> 遺失補發、損毀換發執業執照： ※請檢附：3個月內1吋正面脫帽照片2張、遺失具結書(執照遺失者)、原領執業執照(執照損毀者)、規費300元。 <input type="checkbox"/> 有效期限到期，更新執業執照： ※請檢附：原領執業執照、最近3個月內1吋脫帽半身照片2張、繼續教育學分證明、規費300元。 備註：執業需領有執業執照，始得執業；歇業、停業需於離職或事實發生日起30日內辦理完成(以上日數計算含假日)；執業執照更新應於應更新日期屆滿前六個月內辦理完成。	
申請人簽名：_____ 代理人簽名：_____ 申請日期：____/____/____		
公會戳章欄：		
第四層決行 擬辦： <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予執業、歇業、變更、執照更新。 <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予補、換發。 <input type="checkbox"/> 經審核與規定不符，檢還原件。		

臺中市醫療(事)機構開(歇)業暨各項變更申請書

診所 基本資料	診所名稱：_____診所，負責醫師：_____ 地址：臺中市_____區_____ 電話：_____傳真：_____	照片 黏貼處 (歇業免貼)
申 請 事 項	<p>一、<input type="checkbox"/>開業</p> <p>負責醫師基本資料：</p> 姓名：_____生日：____/____/____電子郵件：_____ 身分證字號：_____醫師證書字號：_____字第_____號 專科醫師證書字號：_____專醫字第_____號 號診療科別：_____ <p>登記設施：<input type="checkbox"/>診療室：____間；<input type="checkbox"/>觀床病床：____床；<input type="checkbox"/>手術台：____台； <input type="checkbox"/>嬰兒床：____床；<input type="checkbox"/>產科病床：____床；<input type="checkbox"/>血液透析床：____床</p> <p>醫事人員數：</p> 1.醫師：____人 2.中醫師：____人 3.牙醫師：____人 4.護理人員：____人 5.藥事人員：____人 6.物理治療人員：____人 7.職能治療人員：____人 8.語言治療人員：____人 9.聽力治療人員：____人 10.醫事檢驗人員：____人 11.醫事放射人員：____人 12.呼吸治療人員：____人 13.牙體技術人員：____人 14.助產人員：____人 15.驗光人員：____人 <p>診所使用面積：_____平方公尺</p> <p>二、<input type="checkbox"/>歇業</p> <p>三、<input type="checkbox"/>遷移：</p> (一) 同區遷移，原地址：_____ (二) 跨區遷移，原地址：_____ <p>四、<input type="checkbox"/>其它變更事項：</p> (一) <input type="checkbox"/> 機構名稱變更，原_____變更為_____ (二) <input type="checkbox"/> 診療科別變更，原_____變更為_____ (三) <input type="checkbox"/> 使用面積變更，原_____變更為_____ (四) <input type="checkbox"/> 其他事項變更，原_____變更為_____	
負責醫師簽名：_____申請日期：____/____/____ 公會戳章欄：		

臺中市醫療(事)機構向衛生局申請開、歇業、異動現場履勘表

類別	<input type="checkbox"/> 西醫 <input type="checkbox"/> 中醫 <input type="checkbox"/> 牙醫 <input type="checkbox"/> 醫事機構 <input type="checkbox"/> 其他：	
機構名稱		
機構地址		
負責人姓名		
申 請 項 目	<input type="checkbox"/> 開業	
	<input type="checkbox"/> 歇業	1. 市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 2. 醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除 3. 管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案
	<input type="checkbox"/> 原址新開業 (變更負責人)	1. 原領管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案 2. 變更後負責人：
	<input type="checkbox"/> 同區遷移	1. 新址： 2. 原址市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 3. 原址醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除
	<input type="checkbox"/> 跨區遷移	1. 新址： 2. 原址市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 3. 原址醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除 4. 原領管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案
	<input type="checkbox"/> 變更使用面積	原使用面積_____平方公尺 <input type="checkbox"/> 增加後，面積_____平方公尺 <input type="checkbox"/> 減少後，面積_____平方公尺
	<input type="checkbox"/> 其他	
預定會勘日期		
聯絡人		
聯絡電話		

申請人： (簽名)

中華民國 年 月 日

醫療機構內部平面簡圖

診所名稱		機構地址			
調劑設施 (應有6M ²)		檢驗設施 (應有20M ²)		嬰兒室(每床不得小於2.8 M²)	
物理治療設施 (應有45M ²)		職能治療設施 (應有30 M ²)		語言治療設施 (應有15 M ²)	
併設物理+職能治療設施 (應有60M ²)		總營業面積	(M ²)		

※各隔間請標示長、寬。

※基本空間：應標示出候診區、掛號區、診療室、病歷室(櫃)。