

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 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：_____ 科	照片浮貼處
申請事項	<p>*具有多重醫事人員資格者，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)：</p> <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。	

一、執(從)業登記 執(從)業日期：自____/____/____起

二、歇業(註銷) 離職日期：____/____/____

(一)單純歇業

(二)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、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、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。

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。

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

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：_____ 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>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 診所使用面積：_____平方公尺 <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：		

臺中市政府衛生局稽查醫事機構申請歇業、遷移現場查核表

稽查日期： 年 月 日

申請人		醫事機構名稱	
地址			
查核事項		是否符合	備註
<p>一、市招：</p> <input type="checkbox"/> 市招已全部拆除。 <input type="checkbox"/> 市招尚有_____標示。 <input type="checkbox"/> 市招尚有服務時間等字樣。			
<p>二、治療設備：</p> <input type="checkbox"/> 現場無治療設備。 <input type="checkbox"/> 現場仍有_____治療設施或設備。 現有治療設施暫時存放原址，並保證不在原址使用此治療設施，如有虛偽情事，具結人願負法律上一切責任。 具結人：_____（簽章） 身分證號碼：_____			
<p>三、管制藥品處理(限西醫診所使用)</p> <input type="checkbox"/> 無管藥證號。 <input type="checkbox"/> 領有管藥證字號：_____ <input type="checkbox"/> 已結存 <input type="checkbox"/> 已轉讓 <input type="checkbox"/> 已銷毀 <input type="checkbox"/> 已減損處理 <input type="checkbox"/> 已處理完成			
<p>支援報備注意事項：</p> <input type="checkbox"/> 臺端於 年 月 日向本局申請歇業會勘，經現場稽查合格後，會勘日即為機構歇業日期，原報備支援案件將於機構歇業日自動註銷，如需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。 <input type="checkbox"/> 無支援報備申請案件。 請醫師簽名確認知悉：_____			
符合規定 (稽查人員簽章)	請改善後再申請 (稽查人員簽章)	負責醫師簽章	

※ 歇業後文件寄送地址：_____