

正本

發文方式：紙本郵寄

檔 號：

保存年限：

桃園市政府衛生局 函

333423

桃園市龜山區復興街5號醫學大樓2樓

地址：330206桃園市桃園區縣府路55號

承辦人：衛生稽查員 蘇柏瑞

電話：(03)3340935 分機2333

電子信箱：10060836@mail.tycg.gov.tw

受文者：桃園市呼吸治療師公會

發文日期：中華民國113年1月18日

發文字號：桃衛醫字第1130004163號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送本局修正之本市醫事人員執業異動申請書一式，請貴公會轉知並提供會員知悉使用，請查照。

說明：依據民眾112年12月15日致本府市政信箱反映事項辦理。

正本：社團法人桃園市中醫師公會、社團法人桃園市牙醫師公會、社團法人桃園市營養師公會、社團法人桃園市職能治療師公會、社團法人桃園市醫師公會、桃園市牙體技術師公會、桃園市助產師助產士公會、桃園市呼吸治療師公會、桃園市物理治療生公會、桃園市物理治療師公會、桃園市語言治療師公會、桃園市諮商心理師公會、桃園市臨床心理師公會、桃園市醫事放射士公會、桃園市醫事放射師公會、桃園市醫事檢驗生公會、桃園市藥師公會、桃園市藥劑生公會、桃園市醫事檢驗師公會、桃園市護理師護士公會

副本：

局長 劉宜廉

桃園市醫事人員執業異動申請書

姓名	出生年月日 年 月 日	身份證字號	相片
執業機構名稱	機構地址	電話	請附三個月內半身脫帽照片兩張(醫事人員證書正本當場發還)
執業別	應 附 證 明		
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 護理師(護士) <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 藥師(藥劑生) <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 心理師(臨床、諮商) <input type="checkbox"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 聽力師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 驗光師(生) <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 執業 <input type="checkbox"/> 復業	<input type="checkbox"/> 補 發	
	<input type="checkbox"/> 身分證正反影本 <input type="checkbox"/> 醫事人員證書正、影本 <input type="checkbox"/> 在職證明 <input type="checkbox"/> 執業執照正本(復業) <input type="checkbox"/> 具外僑資格(檢附衛生福利部許可函)	<input type="checkbox"/> 切結書正本 <input type="checkbox"/> 醫事人員證書正、影本 <input type="checkbox"/> 在職證明影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本	
	<input type="checkbox"/> 歇業 <input type="checkbox"/> 停業	<input type="checkbox"/> 換 照	
	<input type="checkbox"/> 執業執照正本(停業當場發還) <input type="checkbox"/> 離職(停業)證明影本	<input type="checkbox"/> 執業執照正本 <input type="checkbox"/> 學分證明書正本	
	<input type="checkbox"/> 變 更	原登記事項	變更事項
	<input type="checkbox"/> 執業執照正本 <input type="checkbox"/> 在職證明影本 <input type="checkbox"/> 離職證明影本 <input type="checkbox"/> 醫事人員證書正、影本		
執業科別	(非醫師者, 無需填寫)		
公會異動證明	<input type="checkbox"/> 已入會 <input type="checkbox"/> 已退會 <input type="checkbox"/> 已變更 承辦人:		
申辦日期	中華民國 年 月 日		申請人簽章: _____ 蓋章: _____
費用	元	收據簽收	簽章
核定	第 層決行 <input type="checkbox"/> 核與規定相符製發執照壹份 <input type="checkbox"/> 文陳閱後存查 承辦人: _____		批 示 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100px; margin: 0 auto;"> 代為決行 </div>

申請人收執聯

至桃園市衛生局申辦醫事人員執業異動事項: <input type="checkbox"/> 執業 <input type="checkbox"/> 歇業 <input type="checkbox"/> 換照 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 停業 <input type="checkbox"/> 復業 <input type="checkbox"/> 變更	申辦日期: 年 月 日 申請人(本人)姓名: 核准文號:	承辦人蓋章:
--	------------------------------------	--------