

南投縣政府衛生局受理 醫療(事)機構 醫事人員 執照更新 **各項變更申請書**

機構名稱： _____ 負責醫師： _____
 地址： _____
 電話： _____ 機構代碼： _____

- 一 機構： _
- 機構名稱變更，原 _____ 變更為 _____
 - 診療科別變更，原 _____ 變更為 _____
 - 機構地址變更，原 _____ 變更為 _____
 - 病床數變更，原 _____ 床 變更為 _____ 床
 - 其他，原 _____ 變更為 _____
 - 開、執業執照補、換發 執業執照到期更新

二 人員 **醫事人員類別：**

姓名		身分證		出生日期	
醫事人員 證書字第	字	號	專科證書字號		
			效 期		
執業科別			公會登記		
變更登記	原登記				
	變更為				
	換照、更新				

申請人： _____ 簽章 _____
 聯絡電話： _____
 地 址： _____
 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日