|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 彰化縣醫療（事）機構、醫事人員申請表 | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 申請事項 | □開業 | □執業 | □歇業 | □停業 | 申請日期： 年 月 日 | | □復業 | □補發 | □執照更新 | □變更登記（換發） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 機構資料 | 機構名稱 | | | |  | | | | | | | | | | 照 片 |
| 機構代碼 | | | |  | | | | | | | | | |
| 負責人（醫師） | | | |  | | | | | | | | | |
| 診療科別（業務項目） | | | |  | | | | | | | | | |
| 地址 | | | |  | | | | | | | 電話 | | |  |
| 變更登記 | | 原登記項目 | |  | | | | | | | | | | |
| 擬變更項目 | |  | | | | | | | | | | |
| 醫事人員資料 | 類 別 | |  | | | | 姓 名 |  | | 身分證字號 | | | |  | |
| 執業科別 | |  | | | | 戶籍地址 |  | | | | | | | |
| 出生日期 | | 年 月 日 | | | | 性 別 |  | 聯絡電話 | | | |  | | |
| 醫事人員  證 書 | | 字第 號 年 月 日發給 | | | | | | | | 專科證書字號 | | | | |
| 畢業學校 | | 年 月 日畢業 | | | | | | | | 公會字號 | | | | |
| 變更登記 | | 原登記項目 | | |  | | | | | 公 會 校 對 章 | | | | |
|  | | | | |
| 擬變更項目 | | |  | | | | | 申 請 人 簽 名 蓋 章 | | | | |
|  | | | | |
| 稽查科審查意見 | | | | 承辦人： 科長： | | | | | | | | | | | |
| 批 示 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 核 准 情 形 | | 開業執照：彰衛 字第 號 年 月 日  執業執照：彰衛 執字第 號 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| □原領開業執照繳銷  □原領執業執照繳銷 | | | | | | | | | | | | | |
| 備註 | | 本人委託人簽名特委託受委託人簽名(身份證字號： 電話：  地址： )代為申辦，如有不實，願負法律責任。 | | | | | | | | | | | | | |