|  |
| --- |
| 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。 |