

澎湖縣醫事人員執業異動登記事項申請書

機構名稱： 機構地址：

機構代號： 通訊地址：

機構負責人： 聯絡電話：

一、申請：執業 變更 繼續教育屆滿更新 執照遺失或毀損補發

醫事人員類別	姓名	出生年月日	身分證字號
醫事人員證書字號	執業科別	專科醫師證書字號	專科醫師證書有效期限
字第 號		字第 號	自 年 月 日起至 年 月 日止

二、申請：歇業 停業 復業

原領執業執照	衛 字第	號執業執照	醫事人員證書字號	字 號
歇業日期	自 年 月 日起			
停業日期	自 年 月 日起至 年 月 日止			
復業日期	自 年 月 日起			

申請人簽章： 代理人簽章： 申請日期： 年 月 日

擬辦：

- 以上台端申請事項經本局同意登記備查自 年 月 日起生效。
- 執業期間必須佩帶執業執照，各類醫事人員應依其各相關法規之規定辦理。
- 台端申請註銷執業一案，本局同意於 年 月 日起歇業。
- 台端申請自 年 月 日起至 年 月 日止停業，同意備查。
- 敬會食品藥物管理科確認該員是否尚有未結案之裁處案件及管制藥品需先行辦理變更。

正本：

副本：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、

公會、澎湖縣政府衛生局。