

(民)表二

桃園市醫事人員執業異動申請書

姓 名	出生年月日	身份證字號		相 片	
	年 月 日			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)	
執業機構名稱	機 構 地 址	電 話			
執業別	應 附 證 明				
☐ 醫師 ☐ 牙醫師 ☐ 中醫師 ☐ 護理師(護士) ☐ 醫事檢驗師(生) ☐ 醫事放射師(士) ☐ 物理治療師(生) ☐ 職能治療師(生) ☐ 藥師(藥劑生) ☐ 營養師 ☐ 呼吸治療師 ☐ 心理師(臨床、諮商) ☐ 助產師(士) ☐ 牙體技術師(生) ☐ 聽力師 ☐ 語言治療師 ☐ 驗光師(生) ☐ 其他_____	☐ 執業 ☐ 復業 ☐ 身份證正反影本 ☐ 醫事人員證書正、影本 ☐ 在職證明 ☐ 執業執照正本(復業) ☐ 具外僑資格(檢附衛生福利部許可函)		☐ 補 發 ☐ 切結書正本 ☐ 醫事人員證書正、影本 ☐ 在職證明影本 ☐ 身份證正反面影本		復、歇、停業申請免附
	☐ 歇業 ☐ 停業 ☐ 執業執照正本 (停業當場發還) ☐ 離職(停業)證明影本		☐ 換 照 ☐ 執業執照正本 ☐ 學分證明書正本		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)
	☐ 變 更 ☐ 執業執照正本 ☐ 在職證明影本 ☐ 離職證明影本 ☐ 醫事人員證書正、影本		原登記事項	變更事項	復、歇、停業申請免附
執業科別	(非醫師者, 無需填寫)				
公會異動證明	☐ 已入會 ☐ 已退會 ☐ 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 ☐ 核與規定相符製發執照壹份 ☐ 文陳閱後存查 承辦人:		批 示	代為決行 	