

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |                |          |         |  |    |                  |         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|---------|--|----|------------------|---------|--|
| <input type="checkbox"/> 開業 <input type="checkbox"/> 歇業 <input type="checkbox"/> 停業<br>申請事項 <input type="checkbox"/> 執業 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 復業<br><input type="checkbox"/> 執照更新 <input type="checkbox"/> 變更登記(換發) 申請日期： 年 月 日 |                                                                        |                |          |         |  |    |                  |         |  |
| 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<br>證 書                                                            | 語言字第 號 年 月 日發給 |          |         |  |    | 專科證書字號           |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 畢業學校                                                                   |                |          | 年 月 日畢業 |  |    | 公會字號彰府社政第100045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 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |                |          |         |  |    |                  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 衛生所審查意見                                                                |                | 承辦人： 主任： |         |  |    |                  |         |  |
| 批示                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                        |                |          |         |  |    |                  |         |  |
| 核准情形                                                                                                                                                                                                                                                           | 開業執照：彰衛 字第 號 年 月 日<br>執業執照：彰衛 執字第 號 年 月 日                              |                |          |         |  |    |                  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 原領開業執照繳銷<br><input type="checkbox"/> 原領執業執照繳銷 |                |          |         |  |    |                  |         |  |

彰化縣醫療(事)機構、醫事人員申請表