

新北市醫療(事)機構 / 醫事人員開業、執業、歇業、異動登記申請書

申請人簽章：	印章	申請日期： 年 月 日	執業、補發、換發 · 脫帽照片二張 · 貼一張浮貼一張 開業 · 脫帽照片三張 · 貼一張浮貼二張	
身份證字號：				
聯絡電話：	手機：			
聯絡地址：				
電子信箱：				
<input type="checkbox"/> 西醫 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 中醫 <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 護士 <input type="checkbox"/> 牙醫 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 聽力師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 具公費生資格(檢附衛生署許可函) <input type="checkbox"/> 具外僑資格(檢附衛生署許可函)				
申請事項	<input type="checkbox"/> 開業 <input type="checkbox"/> 執業 <input type="checkbox"/> 歇業 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 換發 <input type="checkbox"/> 執業執照更新(執照效期屆滿) <input type="checkbox"/> 登記事項變更 <input type="checkbox"/> 其他：			
機構分類	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 聯合診所(二家醫療機構以上在同一地址設置) <input type="checkbox"/> 其他：			
機構名稱			機構負責人	
聯合診所 共同市招名稱				
機構代碼			機構電話	
機構地址			總樓地板面積 (需與使用執照資料相符)	
			平方公尺	
醫療機構 設施	病床	<input type="checkbox"/> 觀察床： <input type="checkbox"/> 產科病床： <input type="checkbox"/> 嬰兒床： <input type="checkbox"/> 血液透析床： <input type="checkbox"/> 診療室： <input type="checkbox"/> 手術台： <input type="checkbox"/> 產台： <input type="checkbox"/> 其他：		
		設備	<input type="checkbox"/> 門診手術室： <input type="checkbox"/> 產房： <input type="checkbox"/> 嬰兒室： <input type="checkbox"/> 血液透析室： <input type="checkbox"/> 其他：	
醫事人員證書	字	號	公會證明	字
醫師執業科別				
專科醫師證書	字	號	有效期限：自	年 月 日起至 年 月 日止
專科醫師證書	字	號	有效期限：自	年 月 日起至 年 月 日止
機構歇業 應辦事項	<input type="checkbox"/> 已依醫療法規將原址市招拆除			
	是否領有管理藥品： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，已依管制藥品條例規定辦理 <input type="checkbox"/> 尚未辦理，請當地衛生所確認審核			
	其他備註事項：			
登記事項 變更	1、機構： <input type="checkbox"/> 機構名稱 <input type="checkbox"/> 病床數 <input type="checkbox"/> 診療科別 <input type="checkbox"/> 其他：			
	原登記事項：		變更後登記事項：	
	2、人員： <input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 機構名稱 <input type="checkbox"/> 執業科別 <input type="checkbox"/> 其他：			
	原登記事項：		變更後登記事項：	