臺南市醫事人員、醫事機構開（執）業異動申請表

07-03-01　保存年限 10 年　共　　頁

申請類別	□機構開業【機構名稱:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿】 診療床＿＿床；觀察病床＿＿床(診所最多 9 床) 牙科治療台＿＿台；產科病床＿＿床(婦產科診所最多 10 床) 手術台＿＿台；產台＿＿台；嬰兒床＿＿床；血液透析床＿＿床 □機構歇業　□機構停業　□機構復業 □機構同區遷移　□機構跨區遷移＿＿＿＿＿＿ □機構變更負責人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □申請執業執照　□執業執照註銷（離職） □執業執照到期更新 □補、換發執業（開業）執照 □變更：＿＿＿＿＿＿ □其他：＿＿＿＿＿＿	**醫事人員類別**	□醫師　□中醫師　□牙醫師　□藥師(生) □護理師　□護士　□助產師（士） □臨床心理師　□諮商心理師 □呼吸治療師　□醫事檢驗師(生) □醫事放射師(士)　□物理治療師（生） □職能治療師(生)　□聽力治療師 □語言治療師　□牙體技術師（生） □營養師　□其他＿＿＿＿＿

姓　　名		**身分證號碼**			照片黏貼處
性　　別	□男　□女	機構電話： 聯絡電話：			
現 居 住 址					
出 生 年 月 日	民國　年　月　日	**出 生 地**	省(市)　縣(市)		
原開(執)業院所	名 稱		住址	區　里　路(街)　段　巷　弄　號　樓	
新開(執)業院所	名 稱		住址	區　里　路(街)　段　巷　弄　號　樓	

設立科別：	開業執照字號	南市衛　字第　號	民國　年　月　日發給
	執業執照字號	南市衛　字第　號	民國　年　月　日發給 民國　年　月　日到期

離職日期	民國　年　月　日	**停、復業日期**	
證書字號	字第　號	**專科證書字號**	字第　號
變更前		**變更後**	

備註：一、個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：申請人同意提供本表所列之個人資料，做為臺南市政府衛生局辦理醫事人員、醫療機構開（執）業異動申請之處理及建檔等相關業務使用。

二、申請人得以書面請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用或刪除。

申 請 人：　　（簽章）　申請日期：　　年　　月　　日

預計：□開業 □歇業 □停業 □復業　日期：　　年　　月　　日

擬辦：

□經審核符合規定，並隨到隨辦准予登錄在案 □核發執照 □繳銷執照 □執照、原送驗証件已領回　　簽收：＿＿＿＿＿

第　　層　　決行

承 辦 人	股　　長	技　　正	科　　長	局　　長