

四、護理機構開業申請表單

臺南市護理機構開業申請書 109.06

機構名稱		機構地址			病床數	電話
					許可： 床	
					開放： 床	
申請人	負責人姓名					
	代表人或法人名稱					
負責人	地址(事務所)					
	姓名	籍貫	省 縣(市)	出生日期	民國 年 月 日	
負責護理人員	地址		身分證 統一編號			
	學歷：		醫事人員證書字號： 字第 號			
工作人員	護理人員姓名：					
	照顧服務員/嬰兒照顧人員姓名：					
契約醫院	名稱		地址		醫院開業執照機構代碼	
檢附文件	一、建築物平面簡圖 二、建物使用執照影本 三、主管機關許可設置或擴充文件 四、與評鑑合格醫院訂定之契約 五、負責護理人員身分證、證書正反面影本及經歷資格證明文件 六、護理人員及照顧服務員/嬰兒照顧人員名冊表(含護理人員證書、照顧服務員/嬰兒照顧人員受訓證書影本) 七、建築物合法使用證明文件： (一)建築物室內裝修合格證明 (二)建物及土地所有權狀 (三)地籍圖謄本 (四)租賃契約(所有人者免附) 八、環保機關審查事業廢棄物清理計畫書同意文件(居家護理所免附) 九、生物醫療廢棄物委託清除契約書 十、消防局消防安全設備查驗合格函及核准竣工圖影本 十一、飲用水樣品檢測報告(附飲水設備照片) 十二、緊急災難應變計畫 十三、醫療機構附設者附開業執照影本 十四、收費標準(附公文) 十五、設施設備項目清冊 十六、建築物公共安全檢查簽證申報書 十七、無障礙設施勘驗合格證明				申請人：	
					簽章	
				申請日期：		
				年 月 日		

第 層 決行

承辦人	股 長	技 正	科 長	局 長

臺南市醫事人員、醫事機構開（執）業異動申請表

申請類別	醫事機構： <input type="checkbox"/> 開業【機構名稱：_____】 觀察病床____床(診所最多 9 床)；(門診)診療室____間 牙醫治療台____台；血液透析床____床 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 <input type="checkbox"/> 歇業 <input type="checkbox"/> 停業 <input type="checkbox"/> 復業 <input type="checkbox"/> 同區遷移 <input type="checkbox"/> 跨區遷移(由____區遷至____區) <input type="checkbox"/> 變更負責人(原____變更為____) <input type="checkbox"/> 補、換發開業執照 <input type="checkbox"/> 變更(其他)：_____		<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥師(生) <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 臨床(諮商)心理師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 聽力治療師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 驗光師(生) <input type="checkbox"/> 公共衛生師 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	醫事人員執業執照： <input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 註銷 <input type="checkbox"/> 到期更新 <input type="checkbox"/> 補、換發 <input type="checkbox"/> 變更(其他)：_____						
姓名			機構電話：		照片黏貼處		
身分證號碼			聯絡電話：				
現居住址							
出生年月日	民國	年	月	日		證書字號	字第
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(執業)科別							
離職日期	民國	年	月	日	停(復)業日期		
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 簽收：_____

收件人/承辦人	股 長	技 正	科 長

臺南市護理機構開業異動應檢具相關文件（負責人） 104.08

申請類別	檢具文件	數量
開業	臺南市醫事人員、醫事機構開（執）業異動申請表	1 份
	醫事人員公會證明（入會或變更證明）	
	原領執業執照正本（原先在本市執業）	
	機構離職證明影本【須有機構大、小章】（原先在本市執業）	
	身分證正反面影本	
	醫事人員證書正本及其影本（正本驗畢後發還）	
	畢業證書影本	
	委託書（非醫事人員本人親自辦理時需附）	
	最近三個月內之 2 吋正面脫帽半身照片	
	行政規費（護理機構開業執照規費新臺幣 1000 元，執業執照規費新臺幣 300 元）	3 張
護理機構變更負責人（或跨區遷移）	新負責人	1 份
	臺南市醫事人員、醫事機構開（執）業異動申請表	
	醫事人員公會證明（入會或變更證明）	
	原領執業執照正本（原先在本市執業）	
	機構離職證明影本【須有機構大、小章】（原先在本市執業）	
	身分證正反面影本	
	醫事人員證書正本及其影本（正本驗畢後發還）	
	畢業證書影本	
	委託書（非本人辦理）	
	最近三個月內之 2 吋正面脫帽半身照片	3 張
	行政規費（護理機構開業執照規費新臺幣 1000 元，執業執照規費新臺幣 300 元）	
	原負責人	1 份
	臺南市醫事人員、醫事機構開（執）業異動申請表	
	醫事人員公會證明（退會或變更證明）	
	原領開業執照正本	
	原領執業執照正本	
醫事人員證書正本（正本驗畢後發還）		
委託書（非本人辦理）		
機構內如有執登其他醫事人員，務必一併辦理內部醫事人員異動登記手續。		

申請類別	檢具文件	數量
歇業	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份
	醫事人員公會證明(退會或變更證明)	
	原領開業執照正本	
	原領執業執照正本	
	醫事人員證書正本(正本驗畢後發還)	
	委託書(非本人辦理)	
	機構內如有執登其他醫事人員,務必一併辦理內部醫事人員異動登記手續。	
停業、復業	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份
	醫事人員公會證明(變更證明)	
	免附件(停業逾一個月以上需報備,停業期間不得超過一年,原領開業執照正本、原領執業執照正本驗畢加註後交還申請人)	
機構地址變更 (無跨區) 機構代碼不變	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份
	醫事人員公會證明(變更證明)	
	原領開業執照正本	
	最近三個月內之2吋正面脫帽半身照片	1張
	行政規費(護理機構開業執照規費新臺幣1000元)	
	*若有跨區就依照一歇一開申請程序辦理	
擴充(地址)	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份
	醫事人員公會證明(變更證明)	
	原領開業執照正本	
	最近三個月內之2吋正面脫帽半身照片	1張
	行政規費(護理機構開業執照規費新臺幣1000元)	
變更(病床)	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份
	原領開業執照正本	
	最近三個月內之2吋正面脫帽半身照片	1張
	行政規費(護理機構開業執照規費新臺幣1000元)	

臺南市醫事人員執業執照申請及異動收件檢查表 104.08

申請類別	檢具文件	數量	
執業	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份	
	醫事人員證書正本及其影本(正本驗畢後發還)		
	身分證明文件影本		
	擬執業機構出具之證明文件(需有機構大、小章)		
	醫事人員公會會員證明文件		
	完成醫事人員執業登記及繼續教育辦法第十三條第一項各款繼續教育之證明文件		
	中央主管機關發給且仍在有效期間內之專科醫事人員證書。但醫事人員無專科制度者，得免檢附。		
	近三個月體檢報告【必要檢查項目：A型肝炎及胸部X光檢查(結核病)】(營養師需檢具)		
	最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片		2張
	委託書(非本人辦理)		1份
	執業執照規費新臺幣300元		
註銷(歇業)	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份	
	原領執業執照正本		
	醫事人員公會證明		
	機構離職證明影本(須有機構之大、小章)		
	醫事人員證書正本(正本驗畢後發還)		
	委託書(非本人辦理)		
變更執業場所/機構原址 變更負責人 (同在臺南市)	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份	
	原領執業執照正本		
	醫事人員公會證明(變更負責人無須檢具)		
	機構離職證明影本(須有機構大、小章)		
	機構服務(在職)證明(須有機構大、小章)		
	醫事人員證書正本(正本驗畢後發還)		
	最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片		2張
	委託書(非本人辦理)		1份
	執業執照規費新臺幣300元		
停、復業	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份	
	醫事人員公會證明		
	機構(停、復業)證明(須有機構大、小章)		
	醫事人員證書正本(正本驗畢後發還)		
	原領執業執照正本(查驗完畢後，自行保管)		
	委託書(非本人辦理)		

申請類別	檢具文件	數量
變更 (姓名或科別)	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份
	醫事人員證書正本及其影本(正本驗畢後發還)	
	戶籍謄本(更改名字需檢具)	
	機構服務(在職)證明(須有機構大、小章)	
	醫事人員公會證明	
	原領執業執照正本	
	最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片	
	委託書(非本人辦理)	
	執業執照規費新臺幣 300 元	
變更執業類別 (士改師或生改師)	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份
	醫事人員證書正本及其影本(正本驗畢後發還)	
	機構服務(在職)證明(須有機構大、小章)	
	醫事人員公會證明	
	原領執業執照正本	
	最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片	
	委託書(非本人辦理)	
執業執照遺失 (滅失)、損壞	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份
	具結書(須簽名蓋章)	
	醫事機構之服務(在職)證明(須有機構大、小章)	
	原領執業執照正本(損壞需檢具)	
	委託書(非本人辦理)	2張
	最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片	
	執業執照規費新臺幣 300 元	
執業執照更新	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	1份
	原領執業執照正本	
	醫事人員公會會員證明文件	
	醫事人員證書正本(正本驗畢後發還)	
	委託書(非本人辦理)	2張
	最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片	
	醫事人員繼續教育或其他相關證明文件(需本人親自簽章於空白處):	
1. 專科醫師: 完成醫事人員執業登記及繼續教育辦法第十三條第一項第二款至第四款所定繼續教育之證明文件。 2. 專科護理師: 中央主管機關發給, 且仍在有效期間內之專科護理師證書。 3. 前二項以外之醫事人員: 完成醫事人員執業登記及繼續教育辦法第十三條第一項各款所定繼續教育之證明文件。		
	執業執照規費新臺幣 300 元	

具（切）結書

本人_____，原領臺南市政府衛生局中華民國_____年____月____日核發之南市衛_____執字第_____號執業執照，執業執照因(保管不慎 其他_____)遺失，茲向貴局申請補發，如有虛偽情事，具結人願意負責一切法律責任。

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。

此 致
臺南市政府衛生局

具結人： (簽章)

申請日期： 年 月 日

