

臺南市 醫療器材商登記自我檢核表

填寫日期: 年 月 日

申請業態	業者自檢核項目	檢核結果		備註
醫療器材商 設立	1.營業處所之住址門牌號。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	若無門牌號，請現場出具如水單、電單、電話單等足以佐證營業處所之文件
	2.市招名稱與設立登記名稱相同。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
	3.現場陳列申請營業項目之產品。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
	4.營業地址、場所、倉庫及主要設備平面略圖1份。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	5.製造業、販賣業(輸入、維修)已依規定聘僱技術人員並檢具相關證明文件。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
醫療器材商 變更住址	1.原址停止相關營業且無陳列相關產品。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	檢附左列相關佐證照片各1份
	2.原址拆除相關市招。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
	3.新營業地址、場所、報備倉庫及主要設備平面略圖1份。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	4.檢還醫療器材商許可證(藥商許可執照)。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
醫療器材 商停業	1.原址停止相關營業	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	檢附左列相關佐證照片各1份
	2.原址現場無陳列相關醫療器材產品	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
醫療器材商 歇業	1.原址停止相關營業且無陳列相關產品。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	檢附左列相關佐證照片各1份
	2.原址拆除相關市招	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
醫療器材商 復業	1.營業地址、場所、倉庫及主要設備平面略圖1份。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	檢附左列相關佐證照片各1份
	2.製造業、販賣業(輸入、維修)已依規定聘僱技術人員並檢具相關證明文件。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	

說明:利於業態申請案件之現場勘查符合性以縮短申辦時程，請業者自行下載本表填寫，於辦理申請時一併繳交之文件

加蓋醫療器材商及其負責人印章：

委 託 書

茲本人 _____ 因故不克親臨 貴局，特委託 _____ 全權代
表本人辦理下列事項：

約談 陳述意見 申辦案件 其他：

此致

臺南市政府衛生局

委託人： _____ 蓋章： _____
身分證字號： _____ 出生日期： _____
連絡電話： _____
地 址： _____ 縣(市) _____ 鄉(鎮市區) _____ 路(街) 段 _____ 巷 _____
弄 _____ 號 _____ 樓 _____

受託人： _____ 蓋章： _____
身分證字號： _____ 出生日期： _____
連絡電話： _____
地 址： _____ 縣(市) _____ 鄉(鎮市區) _____ 路(街) 段 _____ 巷 _____
弄 _____ 號 _____ 樓 _____

註：個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：本人及受託人同意本表所列之個人資料，提供臺南市政府衛生局做為處理本案及建檔等相關業務使用。

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日