

臺南市 醫療器材商歇業登記申請書

醫療器材商名稱		醫療器材商許可執照字號	販 南市醫器字第 製 號
營業地址	臺南市 區 里 路 段 巷 弄 號 樓	營業電話	
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同營業地址 臺南市 區 里 路 段 巷 弄 號 樓	通訊電話	
申請事項	歇業時間	歇業原因	備註
	自 民國 年 月 日起 登記歇業。		
申請者	(加蓋：醫療器材商及負責人印章) 申請日期： 年 月 日	<p style="text-align: center;">【應檢具資料】</p> <input type="checkbox"/> 1. 申請書1份。 <input type="checkbox"/> 2. 原領醫療器材商許可執照正本。 <input type="checkbox"/> 3. 自我查檢表1份。 <input type="checkbox"/> 4. 檢附歇業相關佐證紙本照片1份。 <input type="checkbox"/> 5. 如持有醫療器材許可證者，須繳還所有醫療器材許可證正本。 <input type="checkbox"/> 6. 委託書及負責人、受委託人身份證影本1份。	

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