

# 臺南市 醫療器材商許可執照遺失補發/污損換發申請書

醫療器材商 名稱		醫療器材商 許可執照字號	販 南市醫器 第 號 製
營業地址	臺南市 區 里 路 段 巷 弄 號 樓	聯絡 電話	
申請 事項	補發或換發		備 註
	<input type="checkbox"/> 遺失補發  <input type="checkbox"/> 換發 換發原因：		
申 請 者	【加蓋：醫療器材商及負責人印章】  申請日期：      年      月      日	【應檢具資料】 <input type="checkbox"/> 1. 申請書1份。 <input type="checkbox"/> 2. 遺失醫療器材商切結書1份(申請遺失補發者附)或原醫療器材許可執照正本1紙(申請換發者附)。 <input type="checkbox"/> 3. 負責人身份證影本1份。 <input type="checkbox"/> 4. 規費新臺幣1000元整(郵寄：郵政匯票「抬頭：臺南市政府衛生局」) <input type="checkbox"/> 5. 委託書及受託人身份證影本1份。	

# 切 結 書

切結人 原領臺南市政府中華民國 年 月 日核發之  
南市 字第 號醫療器材商許可執照，確實遺失，如有  
虛偽情事，切結人願負法律上一切責任。

此致

臺南市政府衛生局

切結人： 簽章

身份證字號：

地址：

電話：

申請日期：中華民國 年 月 日

# 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：

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：

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