

## 臺南市 藥局及藥師(生)復業登記申請書

藥局 名稱		藥局許可 執照字號	南(市、縣)藥局字 第 _____ 號	
		藥師(生) 執業執照	南(市、縣)衛藥師(生)執字 第 _____ 號	
營業 地址	臺南市 _____ 區 _____ 里 _____ 路街	營業 電話	(06) _____	
	_____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		09- _____	
公文 及執 照領 取方 式	<input type="checkbox"/> 郵寄，同營業地址。 <input type="checkbox"/> 郵寄，通訊地址：_____。 <input type="checkbox"/> 自取，聯絡人姓名及電話：_____。			
申請 事項	復業時間	復業原因	備註	
	自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起復業。			
申 請 者	(加蓋：藥局及負責人印章)  申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日		<b>【應檢具資料】</b> <input type="checkbox"/> 1. 申請書1份。 <input type="checkbox"/> 2. 藥局營業場所及主要設備平面略圖1份。 <input type="checkbox"/> 3. 負責人身份證影本1份。 <input type="checkbox"/> 4. 藥師(生)證書影本1份。 <input type="checkbox"/> 5. 公會會員證明書正本1份。 <input type="checkbox"/> 6. 最近3個月內之1吋正面脫帽半身照片1張。 <input type="checkbox"/> 7. 自我查檢表1份。 <input type="checkbox"/> 8. 委託書及受託人身份證影本1份。	