

# 臺南市「製造業」醫療器材商許可登記申請書

<b>一、醫療器材商基本資料</b>				申請日期： 年 月 日	
營業項目	<input type="checkbox"/> 設計 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 包裝 <input type="checkbox"/> 貼標 <input type="checkbox"/> 滅菌 <input type="checkbox"/> 最終驗放				
醫療器材商名稱			市招名稱		
營業電話	( )	手機			傳真
機構 E-mail		營業地址	臺南市	區	里
			段	巷	弄 號
同址設有其他機構	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，機構名稱：				
<b>二、負責人資料</b>					
姓名			生日	年 月 日	
身份證號碼			戶籍地址		
電話			手機		
<b>三、技術人員資料</b>					
名字			生日	年 月 日	
身份證號碼			戶籍地址		
電話			手機		
提醒事項：1. 技術人員應檢具相關學歷畢業證書影本1份。2. 從業經歷證明文件正本1份。3. 在職證明書正本1份。4. 技術人員身份證(正反面)影本1份。					
<b>四、報備倉庫資料</b>			倉庫地址		
<b>五、公文及執照領取方式</b>			<input type="checkbox"/> 自取聯絡人及電話： <input type="checkbox"/> 郵寄，地址：		
<b>六、應檢具文件</b>					
<input type="checkbox"/> 一、申請書1份。 <input type="checkbox"/> 二、核准設立文件 1. 公司者應檢附： <input type="checkbox"/> (1) 商業主管機關核准公司設立函影本1份。 <input type="checkbox"/> (2) 公司組織章程影本1份。 2. 商業者應檢附： <input type="checkbox"/> 商業主管機關核准商業設立文件影本1份。 3. 非公司、商業(機構、學校、法人或團體)者應檢附： <input type="checkbox"/> 其目的事業主管機關同意設立函文件影本1份。					
<input type="checkbox"/> 三、營業地址、場所、倉庫及主要設備平面略圖1份。 <input type="checkbox"/> 四、負責人身份證(正反面)影本1份。 <input type="checkbox"/> 五、自我查檢表1份。 <input type="checkbox"/> 六、規費新臺幣1500元整(郵寄：郵政匯票「抬頭：臺南市政府衛生局」)。 <input type="checkbox"/> 七、技術人員相關資格證明文件各1份。 <input type="checkbox"/> 八、主管機關工廠設立核准函影本1本。 <input type="checkbox"/> 九、委託書及負責人、受委託人身份證影本1份。			(加蓋醫療器材商及其負責人印章) <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>		

## 醫療器材商營業之場所暨設備略圖

醫療器材商名稱	
營業地址	臺南市 區 里 路街 段 巷 弄 號 樓
※說明：營業場所位置圖，應畫出營業處所之街道巷弄、並註明名稱。	
營業項目	<input type="checkbox"/> 醫療器材製造業 <input type="checkbox"/> 醫療器材販賣業
說明：營業場所平面圖面積以長×寬（公尺）標示。	

※本設備略圖內容與現場相符，特此具結。

具結公司(商號)及負責人簽名及蓋章：

# 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