

# 臺南市「販賣業」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"/> 批發 <input type="checkbox"/> 零售 <input type="checkbox"/> 輸入 <input type="checkbox"/> 輸出 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 維修 |  |   |             |     |
| 醫療器材商名稱   |   |  | 市招名稱  |             |     |
| 營業電話  | ( )   | 手機   |   |             | 傳真  |
| 機構 E-mail   |   |  | 臺南市   | 區           | 里   |
|   |   |  | 段   | 巷           | 弄 號 |
| 營業型態別   | <input type="checkbox"/> 辦公室 <input type="checkbox"/> 門市 <input type="checkbox"/> 其他  | 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       |     |
| 身份證字號   |   |  | 戶籍地址  |             |     |
| 電話  |   |  | 手機  |             |     |
| <b>三、技術人員資料(營業項目含輸入、維修者需填寫)</b>   |   |  |   |             |     |
| 姓名  |   |  | 身份證字號   |             |     |
| 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(無者免填)</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：<br><input type="checkbox"/> 郵寄，地址： |   |             |     |
| <b>六、應檢具文件</b>  |   |  |   |             |     |
| <input type="checkbox"/> 一、申請書1份。<br><input type="checkbox"/> 二、核准設立文件<br>1. 公司者應檢附：<br><input type="checkbox"/> (1) 商業主管機關核准公司設立函影本1份。<br><input type="checkbox"/> (2) 公司組織章程影本1份。<br>2. 商業者應檢附：<br><input type="checkbox"/> 商業主管機關核准商業設立文件影本1份。<br>3. 非公司、商業(機構、學校、法人或團體)者應檢附：<br><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。<br><input type="checkbox"/> 四、負責人身份證(正反面)影本1份。<br><input type="checkbox"/> 五、自我查檢表1份。<br><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」)。<br><input type="checkbox"/> 七、自動販賣機清冊1份(無設置者免附)。<br><input type="checkbox"/> 八、技術人員相關資格證明文件各1份。<br><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)   |   |             |     |
|   |   |  |   |             |     |

## 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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