

臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表

申請類別	醫事機構： <input type="checkbox"/> 開業【機構名稱：_____】 觀察病床_____床(診所最多9床)；(門診)診療室_____間 牙醫治療台_____台；血液透析床_____床 產科病床_____床(婦產科診所最多10床) 手術台_____台；產台_____台；嬰兒床_____床 <input type="checkbox"/> 歇業 <input type="checkbox"/> 停業 <input type="checkbox"/> 復業 <input type="checkbox"/> 同區遷移 <input type="checkbox"/> 跨區遷移(由_____區遷至_____區) <input type="checkbox"/> 變更負責人(原_____變更為_____) <input type="checkbox"/> 補、換發開業執照 <input type="checkbox"/> 變更(其他)：_____	醫事人員類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥師(生) <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 臨床(諮商)心理師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 聽力治療師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 驗光師(生) <input type="checkbox"/> 公共衛生師 <input type="checkbox"/> 其他_____																																								
	醫事人員執業執照： <input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 註銷 <input type="checkbox"/> 到期更新 <input type="checkbox"/> 補、換發 <input type="checkbox"/> 變更(其他)：_____																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">姓名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">機構電話：</td> </tr> <tr> <td>身分證統一編號</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">聯絡電話：</td> </tr> <tr> <td>現居地址</td> <td colspan="4" rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">照片黏貼處</td> </tr> <tr> <td>出生年月日</td> <td>民國 年 月 日</td> <td>證書字號</td> <td>字第 號</td> </tr> <tr> <td>原開(執)業院所名稱</td> <td>地址</td> <td colspan="2">區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓</td> </tr> <tr> <td>新開(執)業院所名稱</td> <td>地址</td> <td colspan="2">區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓</td> </tr> <tr> <td>設立(執業)科別</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>離職日期</td> <td>民國 年 月 日</td> <td>停(復)業日期</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>變更前</td> <td colspan="2"></td> <td>變更後</td> <td></td> </tr> </table>		姓名			機構電話：		身分證統一編號			聯絡電話：		現居地址	照片黏貼處				出生年月日	民國 年 月 日	證書字號	字第 號	原開(執)業院所名稱	地址	區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓		新開(執)業院所名稱	地址	區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓		設立(執業)科別					離職日期	民國 年 月 日	停(復)業日期			變更前			變更後	
姓名			機構電話：																																								
身分證統一編號			聯絡電話：																																								
現居地址	照片黏貼處																																										
出生年月日					民國 年 月 日	證書字號	字第 號																																				
原開(執)業院所名稱					地址	區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓																																					
新開(執)業院所名稱	地址	區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓																																									
設立(執業)科別																																											
離職日期	民國 年 月 日	停(復)業日期																																									
變更前			變更後																																								

備註：一、個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：申請人同意提供本表所列之個人資料，做為臺南市政府衛生局辦理醫事人員、醫療機構開(執)業異動申請之處理及建檔等相關業務使用。

二、申請人得以書面請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用或删除。

申請人： _____ (簽章) 申請日期： 年 月 日 簽收： _____

預定開業日期： 年 月 日

收件人/承辦人	股 長	技 正	科 長	局 長