

臺南市藥師（生）歇業申請書

姓名		身份證字號		
		證書字號	藥（生）字	號
執業 機構名稱		執業地址		
執業 機構代碼		聯絡電話		
		手機號碼		
歇 業 時 間		歇業原因		備 註
自民國 年 月 日起 歇業				
公文 領取方式	<input type="checkbox"/> 郵寄，執業地址。 <input type="checkbox"/> 郵寄，通訊地址：_____。 <input type="checkbox"/> 自取，聯絡人及電話：_____。			
提醒事項： 1. 藥師(生)歇業時，應自事實發生之日起 30 日內，向本局登記歇業。逾期登記者，處新臺幣 2 千元以上 1 萬元以下罰鍰。 2. 藥師(生)登記歇業，原報備支援案件將自動註銷。				
【應檢具資料】 <input type="checkbox"/> 1. 原領藥師（生）執業執照正本。 <input type="checkbox"/> 2. 服務機關離職證明正本 1 份。 <input type="checkbox"/> 3. 公會會員異動證明書正本 1 份。 <input type="checkbox"/> 4. 委託書及受託人身份證影本 1 份(代辦時檢附)。		申請人簽名蓋章： 申請日期： 年 月 日		