

臺南市藥師（生）停業申請書

姓名		身份證字號	
		證書字號	藥（生）字 第 _____ 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	
停 業 時 間		停業原因	備 註
自民國____年____月____日起 至民國____年____月____日止。 共計停業____年____月____天			
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)停業時，應自事實發生之日起 30 日內，向本局登記停業。停業期間以 1 年為限；逾 1 年者應辦理歇業；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)登記停業，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. 服務機關停業期間證明正本 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	