

臺南市醫療器材商許可執照遺失補發/污損換發申請書

醫療器材商名稱		醫療器材商許可執照字號	販 南市醫器第 製 號
營業項目	<input type="checkbox"/> 製造業	<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	營業型態別 <input type="checkbox"/> 辦公室 <input type="checkbox"/> 門市 <input type="checkbox"/> 其他
	<input type="checkbox"/> 販賣業	<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	
營業地址	臺南市 區 里 路 街		聯絡電話
	段 巷 弄 號 樓		手機號碼
申請事項	補發或換發		備 註
	<input type="checkbox"/> 遺失補發 <input type="checkbox"/> 換發 換發原因：		
公文及執照領取方式	<input type="checkbox"/> 郵寄，同營業地址。 <input type="checkbox"/> 郵寄，地址：_____。 <input type="checkbox"/> 自取聯絡人及電話：_____。		
申請者	【加蓋：醫療器材商及負責人印章】 申請日期： 年 月 日	【應檢具資料】 <input type="checkbox"/> 1. 申請書 1 份。 <input type="checkbox"/> 2. 遺失醫療器材商切結書 1 份(申請遺失補發者附)或原醫療器材許可執照正本 1 紙(申請換發者附)。 <input type="checkbox"/> 3. 負責人身份證(正反面)影本 1 份。 <input type="checkbox"/> 4. 規費新臺幣 1000 元整(郵寄：郵政匯票「抬頭：臺南市政府衛生局」) <input type="checkbox"/> 5. 委託書及受託人身份證影本 1 份。	

切 結 書

切結人原領之南市 字第 號醫療器材商許可執照，確實遺失，如有虛偽情事，切結人願負法律上一切責任。

此致

臺南市政府衛生局

切結人： 簽章

地址：

電話：

申請日期：中華民國 年 月 日

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：

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：

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