

臺南市「販賣業」醫療器材商許可登記申請書

一、醫療器材商基本資料				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		營業地址		路街樓	
		臺南市 區 里			
		段 巷 弄 號			
營業型態別		同址設有其他機構		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，機構名稱：	
<input type="checkbox"/> 辦公室 <input type="checkbox"/> 門市 <input type="checkbox"/> 其他					
二、負責人資料					
姓名		生日		年 月 日	
身分證字號		戶籍地址			
電話		手機			
三、技術人員資料(營業項目含輸入、維修者需填寫)					
姓名		身分證字號			
電話		手機			
提醒事項：技術人員應檢具：1. 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. 技術人員身分證(正反面)影本 1 份。5. 營業項目含有「輸入」者，技術人員 5 年內曾接受至少 20 小時以上之教育訓練。					
四、報備倉庫(無者免填)				倉庫地址	
五、公文及執照領取方式				<input type="checkbox"/> 郵寄，同營業地址。 <input type="checkbox"/> 郵寄，通訊地址：_____ <input type="checkbox"/> 自取，聯絡人及電話：_____	
六、應檢具文件					
<input type="checkbox"/> 一、申請書 1 份。 <input type="checkbox"/> 二、核准設立文件 1. 公司者應檢附： 2. 商業者應檢附： 3. 非公司、商業(機構、學校、法人或團體)者應檢附： <input type="checkbox"/> (1) 公司登記文件影本 1 份。 <input type="checkbox"/> 商業登記文件影本 1 份。 <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"/> (2) 公司組織章程影本 1 份。 份。					
<input type="checkbox"/> 三、營業地址(場所)及倉庫主要設備平面略圖 1 份。 <input type="checkbox"/> 四、負責人身分證(正反面)影本 1 份。 <input type="checkbox"/> 五、醫療器材商登記自我檢核表 1 份。 <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」)。 <input type="checkbox"/> 七、自動販賣機清冊 1 份(無設置者免附)。 <input type="checkbox"/> 八、技術人員相關資格證明文件各 1 份。 <input type="checkbox"/> 九、委託書及受委託人身分證(正反面)影本各 1 份。				(加蓋醫療器材商及其負責人印章) <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	

醫療器材商營業(倉庫)之場所暨設備略圖

醫療器材商名稱	
<input type="checkbox"/> 營業地址 <input type="checkbox"/> 倉庫地址	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(倉庫)主要設備圖，包含辦公桌椅或陳列架。2. 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 設立(復業)	1. 營業地址(場所)及倉庫之住址門牌號。	<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(招牌)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)及倉庫等主要設備平面略圖各 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	輸入業者之技術人員 5 年內曾接受至少 20 小時以上指定的教育訓練。
醫療器材商 變更地址 (倉庫)	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(招牌)。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
	3. 新營業地址(場所)及倉庫等主要設備平面略圖各 1 份。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	營業地址及倉庫應分別檢附
	4. 檢還醫療器材商(藥商)許可執照。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	遺失者應檢附切結書 1 份
醫療器材商 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 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(招牌)。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	

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