

# 臺南市 醫療器材商歇業登記申請書

醫療器材商名稱		醫療器材商許可執照字號	南市醫器字第 製 號
營業地址	臺南市 區 里 路 段 巷 弄 號 樓	營業電話	
公文領取方式	<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：_____。		
申請事項	歇業時間	歇業原因	備註
	自 民國 年 月 日起 登記歇業。		
申請者	<p style="text-align: center;">(加蓋：醫療器材商及負責人印章)</p> <p style="text-align: center;">申請日期： 年 月 日</p> <p style="text-align: center;"><b>【應檢具資料】</b></p> <input type="checkbox"/> 1. 申請書1份。 <input type="checkbox"/> 2. 繳還原領醫療器材商許可執照正本。 <input type="checkbox"/> 3. 自我查檢表1份。 <input type="checkbox"/> 4. 檢附歇業相關佐證照片1份。 <input type="checkbox"/> 5. 如持有醫療器材商許可證者，須繳還所有藥物許可證正本。 <input type="checkbox"/> 6. 委託書、負責人及受委託人身份證(正反面)影本各1份。		

# 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