

## 臺南市醫療機構辦理預防接種服務合約異動申請書

申請人：	印章	申請日期：	年	月	日
醫療機構負責人簽章：	印章				
身份證字號：					
聯絡電話：	手機：				
聯絡地址：					
申請事項	<input type="checkbox"/> 新增合約項目：_____ <input type="checkbox"/> 取消合約項目：_____ <input type="checkbox"/> 解約 <input type="checkbox"/> 停約 <input type="checkbox"/> 換約 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 其他：				
機構分類	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 聯合診所（二家醫療機構以上在同一地址設置） <input type="checkbox"/> 其他：				
機構名稱				機構負責人	
機構代碼				機構電話	
機構地址	臺南市 區 路 號				
機構解約應辦事項	<input type="checkbox"/> 依規將合約告示牌拆除 <input type="checkbox"/> 將公費疫苗依冷運冷藏管理規定送還轄區衛生所 <input type="checkbox"/> 提供於合約期間內接種資料及相關報表 其他備註事項：				
登記事項變更	1、機構： <input type="checkbox"/> 機構名稱 <input type="checkbox"/> 診療科別 <input type="checkbox"/> 其他：				
	原登記事項：			變更後登記事項：	
	2、人員： <input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 機構名稱 <input type="checkbox"/> 其他：				
	原登記事項：			變更後登記事項：	
衛生所審核結果	3、設備資料： <input type="checkbox"/> 冷藏設備 <input type="checkbox"/> 不斷電設備 <input type="checkbox"/> 置放位置				
	原登記事項：			變更後登記事項：	
衛生所審核結果	<input type="checkbox"/> 同意申辦 <input type="checkbox"/> 不同意 原因：_____				

備註：本表業經衛生所審核同意醫療院所申辦事項，請於完成應辦事項後繳交至衛生局疾病管制科備查。

衛生所承辦人：

單位主管：

衛生局承辦人：

單位主管：