

附件一

臺南市政府衛生局指定醫療機構檢驗屍體掣給死亡證明書
機構申請表

負責人姓名		電話：		照片黏貼處
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號碼		
現居住址				
出生年月日	民國 年 月 日	出生地	省(市) 縣(市)	
開(執)業院所	名稱	住址	區 里 路(街) 段 巷 弄 號	
科別：	開業執照字號	南市衛 字第 號	民國 年 月 日發給	
	執業執照字號	南市衛 字第 號	民國 年 月 日發給 民國 年 月 日到期	
申請資格	<input type="checkbox"/> 經評鑑為區域級以上或新制醫院評鑑合格之教學醫院、公立醫療機構。 <input type="checkbox"/> 本市醫師公會協調推薦之醫療院所。 <input type="checkbox"/> 衛生局所專案推薦之醫療院所。 <input type="checkbox"/> 其他			
檢附資料	<input type="checkbox"/> 專門職業證書(醫師證書)正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 執業執照正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 醫療機構開業執照正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 負責人身分證正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 委託申請時，應提出委託書及代理人身份證影本。 <input type="checkbox"/> 其他：			
協助本市指定相驗之區域	<input type="checkbox"/> 全區(37區) <input type="checkbox"/> 部分行政區：_____。			
收費金額(每件)	外出驗屍費_____元。 死亡證明書_____份共_____元，第_____份起每份加收_____元。			
備註	一、個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：申請人同意提供本表所列之個人資料，做為臺南市政府衛生局辦理「臺南市政府衛生局指定醫療機構檢驗屍體掣給死亡證明書申請」之處理及建檔等相關業務使用。 二、申請人得以書面請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用或刪除。			

醫療機構名稱： (印信)

負責人： (簽章) 申請日期： 年 月 日

擬辦：

經審核符合規定駁回申請補正：

第 層 決行

承辦人	股 長	科 長	局 長