

臺北市醫院、護產機構及醫療機構附設服務部門

- 設立
 遷移新址 許可申請書
 擴充

| | | | |
|------------------------|--|------|-------------|
| 機構名稱 | | | |
| 擬設地址 | | 電話 | |
| 原設地址 | (新設立者免填) | 電話 | |
| 業務項目 | <input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 護理之家 <input type="checkbox"/> 日間照護 <input type="checkbox"/> 產後護理 (醫院及助產所免填) | | |
| 申請人 | 姓名 | | 出生年月日 年 月 日 |
| | 身份證字號 | | 學 歷 |
| | 醫事人員證書字號 | 字第 號 | |
| | E - M a i l | | |
| | 經 歷 | | |
| | 法 人 名 稱 | | |
| | 事務所所在地 | | |
| 負責人 (護產機構之負責護理人員需填) | 姓名 | | 出生年月日 年 月 日 |
| | 身份證字號 | | 學 歷 |
| | 醫事人員證書字號 | 字第 號 | |
| | E - M a i l | | |
| | 專業訓練單位 | | |
| | 經 歷 | | |

此致

臺北市政府衛生局

申請日期： ___年___月___日

申請人簽章： _____

承辦人： _____

批示：

擬辦：