

臺北市衛生局產後護理機構檢核表-變更機構負責人

(公立機構、法人附設機構)

聯絡人		連絡電話						
		電子信箱						
		公文寄件地址						
類別	項目	申請人核對	收件人核對	承辦人核對				
一、申請資料	申請函							
	申請書(附件1)							
	開業執照正本(登記後發還)							
二、人員資料	配置之醫事人員及相關人員名冊							
	負責人	「醫事人員」執業登錄、歇業及變更申請書(附件5)						
		護理師(士)證書正本(正本驗畢後發還)						
		護理機構護理人員證件影本粘貼表(附件6)						
	(每人)護理人員	「醫事人員」執業登錄、歇業及變更申請書(附件5)						
		護理師(士)證書正本1份(正本驗畢後發還)						
護理機構負責護理人員證件影本粘貼表(附件6)								
三、委託辦理(無則)	委託書(附件7)							
	委託人身分證正本(正本驗畢後發還)							
備註								
人員簽章								