

## 臺北市醫療（事）機構登錄及變更申請書

機構名稱：\_\_\_\_\_ 機構代碼：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

開業執照字號：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日北市衛\_\_\_\_\_執字第\_\_\_\_\_號（新登錄者免填）

管制藥品登記證字號：\_\_\_\_\_（新登錄者免填）

負責人姓名：\_\_\_\_\_ 出生年月日：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E-Mail：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_ 醫事人員證書字號：\_\_\_\_\_字第\_\_\_\_\_號

類別：醫師 中醫師 牙醫師 醫事檢驗師(生) 醫事放射師(士)  
物理治療師(生) 職能治療師(生) 臨床心理師 諮商心理師  
齒模製造技術員 國術損傷接骨技術員 康復之家 社區復健中心  
社會工作師 護理師(士) 助產士 營養師 其他

=====【請依申請類別勾選填寫】=====

 開業 開業科別：\_\_\_\_\_

專科醫師證書字號：\_\_\_\_專醫字第\_\_\_\_\_號

（有效期限：自\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_至\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_）

 從業登記 登記證字號：\_\_\_\_\_字第\_\_\_\_\_號 停業 自\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_至\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_，計\_\_\_\_月\_\_\_\_天；原因：自行停業 因案停業 復業 自\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_起 歇業 自\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_起；機構停止執業日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 變更登記 原登記事項：\_\_\_\_\_

變更後登記事項：\_\_\_\_\_

 聘請代理負責醫師（營養師）

姓名：\_\_\_\_\_ 執業執照字號：北市衛\_\_\_\_\_執字第\_\_\_\_\_號

代理期間：自\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_至\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

代理醫師（營養師）執業場所名稱：\_\_\_\_\_ 地址：\_\_\_\_\_

 診所健保核章 補發  換發 原發照日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

領取公文及執照方式：

 電話通知：聯絡人及電話：\_\_\_\_\_ 郵寄公文：地址：\_\_\_\_\_  區聯合稽查隊

申請日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 申請人簽章：\_\_\_\_\_

代理人簽章：\_\_\_\_\_（身份證字號：\_\_\_\_\_）

表單編號： FM-CI-00-03

核准日期：94年08月23日

承辦人： \_\_\_\_\_