

臺北市醫事人員業態異動（執業、歇業、變更、報准）登記申請表

姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生年月日：___/___/___

醫事人員證書字號：_____ 字第_____ 號 專科醫師登記科別：_____

執（歇）業機構名稱：_____ 機構代碼：_____

機構地址：臺北市_____區_____ 機構電話：_____

類別：醫師 中醫師 牙醫師 護理師 護士 助產師 助產士 藥師 藥劑生
營養師 醫事檢驗師 醫事檢驗生 醫事放射師 醫事放射士 物理治療師 物理治療生
職能治療師 職能治療生 呼吸治療師 臨床心理師 諮商心理師 牙體技術師
牙體技術生 驗光師 驗光生 其他

【請依申請類別勾選填寫】

執業登記 執業日期：自___/___/___起

停業登記 自___/___/___至___/___/___

復業登記 自___/___/___起

歇業 歇業日期：___/___/___（離職生效日）

（若執業機構或醫事人員歇業，原報准案件將自動註銷，如有繼續支援之需求，請重新申請報准）

報准前往其他機構執行業務：

期間：自___/___/___至___/___/___

時段：上午（每星期一，二，三，四，五，六，日）

下午（每星期一，二，三，四，五，六，日）合計：___時段

晚上（每星期一，二，三，四，五，六，日）

前往其他機構名稱：_____ 機構代碼：_____

前往其他機構地址：_____

註銷前往其他醫療機構執行醫療業務：自___/___/___起（原核准文號：_____）

變更登記 原登記事項：_____ 變更後登記事項：_____

遺失（毀損）補發執業執照 到期換發執業執照 原發證日期：___/___/___

申請日期：___/___/___ 申請人簽章：_____

代理人簽章：_____ 代理人身分證字號：_____（檢附委託書）

領取執照方式：

自行取件，地點 臺北市政府聯合服務中心衛生局櫃台（市政大樓北區1樓）

衛生局衛生稽查科（東、西、南、北、中區稽查股）

郵寄取件（通訊電話：_____ 郵寄地址：_____）

承辦人：_____