

臺北市醫事人員業態異動登記申請表

姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生年月日：__/__/__

執業科別：_____ 公會會員證字號：_____ E-Mail：_____

醫事人員證書字號：_____ 字第_____ 號；(登記證字號：_____ 字第_____ 號)

執業執照字號：__年__月__日北市衛_____ 執字第_____ 號 (新登錄者免填)

專科醫師證書字號：_____ 專醫字第_____ 號 (有效期限：自__/__/__ 至__/__/__)

執(歇)業機構名稱：_____ 機構代碼：_____

地址：_____ 電話：_____

類別： 醫師 中醫師 牙醫師 護理師(士) 助產士 藥師(生) 營養師
醫事檢驗師(生) 醫事放射師(士) 物理治療師(生) 職能治療師(生)
呼吸治療師 臨床心理師 諮商心理師 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(註銷) 離職日期：__/__/__ 歇業(註銷)日期：__/__/__

前往其他醫療機構執行醫療業務：

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：_____

補發 換發 原發證日期：__/__/__

領取執照方式： 自行取件，通訊電話：_____

郵寄取件，郵寄地址：_____

申請日期：__/__/__ 申請人簽章：_____

代理人簽章：_____ 代理人身份證字號：_____

擬辦： 經審核符合規定，准予登記或變更 批示：

經審核與規定不符，檢還原件

承辦人：_____