

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

臺北市衛生局

申請日期： ___年___月___日

申請人簽章： _____

承辦人： _____

批示：

擬辦：