

# 臺北市衛生局『醫事人員』執業登錄、歇業及變更申請書

(藥事、營養師不適用本表)

姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

歇業機構名稱：\_\_\_\_\_ 執業機構名稱：\_\_\_\_\_

醫事人員證書字號：\_\_\_\_\_ 字第\_\_\_\_\_ 號

執業執照字號：北市衛\_\_\_\_\_ 執字第\_\_\_\_\_ 號 (新登錄者免填)

執業科別：\_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 科

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

\_\_\_\_\_ 專醫字第\_\_\_\_\_ 號 (有效期限：自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 至\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

\_\_\_\_\_ 專醫字第\_\_\_\_\_ 號 (有效期限：自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 至\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

類別： 醫師 中醫師 牙醫師 醫事檢驗師(生) 物理治療師(生)

職能治療師(生) 醫事放射師(士) 呼吸治療師 臨床心理師

諮商心理師 護理師 護士 助產士 其他\_\_\_\_\_

===== 【請依申請類別勾選填寫】 =====

執業登記

停業登記 自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

復業登記 自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起

歇業(註銷) 離職日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

變更登記 科別變更：\_\_\_\_\_科變更為\_\_\_\_\_科

其他：\_\_\_\_\_

補發 原發照日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

換發 原發照日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

取件方式： 自行取件

郵寄 (備註：執業執照需三個工作天完成)

申請人：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

代理人簽章\_\_\_\_\_ 代理人身分證字號\_\_\_\_\_

批示： 擬辦： 經查符合規定，准予登記  
不符合規定，檢還原件

加蓋收件日期及收件人章戳

編號： 執登\_\_\_\_\_ 歇業\_\_\_\_\_ 變更登記\_\_\_\_\_ 換照\_\_\_\_\_