

## 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：\_\_\_\_\_ (身分證字號：\_\_\_\_\_)

承辦人：\_\_\_\_\_