

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：_____