

臺北市救護車營業機構設立許可申請書 (乙式二聯)

機構名稱		電話		傳真	
機構地點					
負責人姓名		身分證字號		出生年月日	
住址					負責人印鑑
管理人姓名		身分證字號		出生年月日	
住址					
具備資格	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 高級救護技術員 <input type="checkbox"/> 中級救護技術員，並服務3年以上經歷				
證書字號	有效期限： 年 月 日 (註：檢附證書影本及經歷證明)				
<p>檢附機構設立計畫書：內容含下列事項 (請於<input type="checkbox"/>打v，不合格或未檢附者請補件)</p> <input type="checkbox"/> (一) 前言 <input type="checkbox"/> (二) 機構名稱、地址 <input type="checkbox"/> (三) 負責人及管理人姓名、身分證統一編號、出生年月日、住址 <input type="checkbox"/> (四) 救護車設置數 (應達6輛以上) <input type="checkbox"/> (五) 人員編制：包括負責人、管理人、救護人員 (應達12人以上)、駕駛人合格等級 <input type="checkbox"/> (六) 足以容納設置之救護車數量之停車處所圖說 <input type="checkbox"/> (七) 營運區域範圍 <input type="checkbox"/> (八) 執行業務範圍 <input type="checkbox"/> (九) 服務品質管理制度 <input type="checkbox"/> (十) 經費需求及來源 <input type="checkbox"/> (十一) 其他營運規劃事項					
擬開業日期： 年 月 日					
申請人：			申請日期：		
審查日期	年 月 日	審查結果	<input type="checkbox"/> 核准設立 <input type="checkbox"/> 不核准設立		

第一聯：由設置機構收執

貴公司經審核核准設立，請於6個月內依救護車及救護車營業機構設置設立許可管理辦法之相關規定儘速辦理開業事宜。

臺北市衛生局
(加蓋關防)

中華民國 年 月 日
北市衛醫字第 號函

臺北市救護車營業機構設立許可申請書 (乙式二聯)

機構名稱		電話		傳真	
機構地點					
負責人姓名	身分證字號	出生年月日		負責人印鑑	
住址					
管理人姓名	身分證字號	出生年月日			
住址					
具備資格	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 高級救護技術員 <input type="checkbox"/> 中級救護技術員，並服務3年以上經歷				
證書字號	有效期限： 年 月 日 (註：檢附證書影本及經歷證明)				

第二聯：由臺北市衛生局收執

檢附機構設立計畫書：內容含下列事項 (請於打v，不合格或未檢附者請補件)

- (一) 前言
- (二) 機構名稱、地址
- (三) 負責人及管理人姓名、身分證統一編號、出生年月日、住址
- (四) 救護車設置數 (應達6輛以上)
- (五) 人員編制：包括負責人、管理人、救護人員(應達12人以上)、駕駛人合格等級
- (六) 足以容納設置之救護車數量之停車處所圖說
- (七) 營運區域範圍
- (八) 執行業務範圍
- (九) 服務品質管理制度
- (十) 經費需求及來源
- (十一) 其他營運規劃事項

擬開業日期： 年 月 日

申請人：

申請日期：

審查日期	年 月 日	審核人員	承辦人	股長	科長	局長
審查結果	<input type="checkbox"/> 核准設立 <input type="checkbox"/> 不核准設立					