

臺北市救護車營業機構開業申請書 (乙式二聯)

第一聯：由設置機構收執

機構名稱		電話/傳真				機構印鑑
機構地址			許可設立日期			
負責人姓名		身分證字號		出生年月日		
住址						
管理人姓名		身分證字號		出生年月日		
住址						
具備資格			證書字號			

救護人員姓名	身分證字號	具備資格	證書字號	執業執照	救護人員姓名	身分證字號	具備資格	證書字號	執業執照

駕駛人姓名	身分證字號	職業駕照種類	駕駛人姓名	身分證字號	職業駕照種類

救護車數量及車籍資料						
北市護車字號	牌照號碼	廠牌	型式	出廠年月	引擎號碼	車身號碼

營運區域範圍

檢附文件：(請於 打 v，不合格或未檢附者請補件)

<input type="checkbox"/> 主管機關許可設立文件 <input type="checkbox"/> 公司執照 <input type="checkbox"/> 自用建築物：「建築物所有權狀」、「建築物使用執照」影本乙份 <input type="checkbox"/> 承租建築物：「建築物使用執照」、「租賃合約」影本乙份 <input type="checkbox"/> 自用停車位：「土地所有權狀」影本乙份 <input type="checkbox"/> 承租停車位：「租賃合約」影本乙份 <input type="checkbox"/> 負責人、管理人、救護人員、駕駛人員、救護車等相關證明文件影本 (如：身分證、醫事證書、EMT-1 證書、職業駕照、行車執照)	<input type="checkbox"/> 執照費 <input type="checkbox"/> 營利事業登記 <input type="checkbox"/> 位置圖：乙份 <input type="checkbox"/> 建築物平面簡圖乙份 <input type="checkbox"/> 救護車停車處所圖說
---	--

擬開業日期： 年 月 日 展延日期： 年 月 日

臺北市政府衛生局 中華民國 年 月 日
 (加蓋關防) 北市衛醫字第 號函

臺北市救護車營業機構開業申請書 (乙式二聯)

第二聯：由臺北市政府衛生局收執

機構名稱		電話/傳真		/		機構印鑑			
機構所在地		許可設立日期							
負責人姓名		身分證字號		出生年月日					
住 址									
管 理 人 姓 名		身分證字號		出生年月日					
住 址									
具 備 資 格		證 書 字 號							
救護人員姓名	身分證字號	具備資格	證書字號	執業執照	救護人員姓名	身分證字號	具備資格	證書字號	執業執照
駕駛人姓名	身分證字號	職業駕照種類		駕駛人姓名	身分證字號	職業駕照種類			
救護車數量及車籍資料									
北市護車字號	牌照號碼	廠牌	型 式	出廠年月	引擎號碼	車身號碼			
營運區域範圍									
檢附文件：(請於 <input type="checkbox"/> 打v，不合格或未檢附者請補件)									
<input type="checkbox"/> 主管機關許可設立文件 <input type="checkbox"/> 公司執照 <input type="checkbox"/> 自用建築物：「建築物所有權狀」、「建築物使用執照」影本乙份 <input type="checkbox"/> 承租建築物：「建築物使用執照」、「租賃合約」影本乙份 <input type="checkbox"/> 自用停車位：「土地所有權狀」影本乙份 <input type="checkbox"/> 承租停車位：「租賃合約」影本乙份 <input type="checkbox"/> 負責人、管理人、救護人員、駕駛人員、救護車等相關證明文件影本 (如：身分證、醫事證書、EMT-1證書、職業駕照、行車執照)					<input type="checkbox"/> 執照費 <input type="checkbox"/> 營利事業登記 <input type="checkbox"/> 位置圖：乙份 <input type="checkbox"/> 建築物平面簡圖乙份 <input type="checkbox"/> 救護車停車處所圖說				
擬開業日期：		年	月	日	展延日期：		年	月	日
審查日期	年 月 日	備註說明	審核人員	承辦人	股長	科長	局長		
審查結果	<input type="checkbox"/> 核准開業 <input type="checkbox"/> 不核准開業								