

臺北市醫事人員業態異動登記申請表

姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生年月日：___/___/___

執業科別：_____ 公會會員證字號：_____ E-Mail：_____

醫事人員證書字號：_____ 字第_____ 號；(登記證字號：_____ 字第_____ 號)

執業執照字號：___年___月___日北市衛_____ 執字第_____ 號(新登錄者免填)

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

執(歇)業機構名稱：_____ 機構代碼：_____

地址：_____ 電話：_____

類別：醫師 中醫師 牙醫師 護理師(士) 助產士 藥師(生) 營養師
醫事檢驗師(生) 醫事放射師(士) 物理治療師(生) 職能治療師(生)
呼吸治療師 臨床心理師 諮商心理師 其他

=====【請依申請類別勾選填寫】=====

 執業登記 執業日期：自___/___/___起 停業登記 自___/___/___至___/___/___ 復業登記 自___/___/___起 歇業(註銷) 離職日期：___/___/___ 歇業(註銷)日期：___/___/___ 前往其他醫療機構執行醫療業務：

期間：自___/___/___ 至 ___/___/___

時段：上午(每星期一, 二, 三, 四, 五, 六, 日)下午(每星期一, 二, 三, 四, 五, 六, 日)晚上(每星期一, 二, 三, 四, 五, 六, 日)

合計：_____ 時段

前往其他機構名稱：_____ 機構代碼：_____

前往其他機構地址：_____

 註銷前往其他醫療機構執行醫療業務：自___/___/___起(原核准文號：_____) 變更登記 原登記事項：_____ 變更後登記事項：_____ 補發 換發 原發證日期：___/___/___領取執照方式： 自行取件，通訊電話：_____ 郵寄取件，郵寄地址：_____

申請日期：___/___/___ 申請人簽章：_____

代理人簽章：_____ 代理人身份證字號：_____

擬辦： 經審核符合規定，准予登記或變更 批示： 經審核與規定不符，檢還原件

承辦人：_____