

臺北市醫療（事）機構登記申請書

機構名稱：_____ 機構代碼：_____

機構地址：臺北市_____區_____

機構電話：_____ 機構傳真：_____ 機構負責人手機：_____

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

屬性：私立機構 公立機構 醫療法人

類別：診所 中醫診所 牙醫診所 其他醫療機構_____

醫事機構_____

===== 【請依申請類別勾選填寫】 =====

開業暨負責人執業，診療科別：_____

是否在中央主管機關指定之醫療（事）機構接受二年以上之訓練：是，否

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

停業 自___/___/___至___/___/___，計___月___天；原因：自行停業 因案停業
(機構內醫事人員是否一併停業：是，否)

復業 自___/___/___起

歇業 自___/___/___起；機構停止醫療業務日期：___/___/___

變更登記 原登記事項：_____ 變更後登記事項：_____

聘請代理負責醫師

姓名：_____ 執業執照字號：北市衛_____執字第_____號

代理期間：自___/___/___至___/___/___

代理醫師執業場所名稱：_____ 地址：_____

補發開業執照(原因：遺失 毀損)

領有管制藥品登記證者：辦理變更登記 辦理繳還 其他

=====

從業登記 登記證字號：_____ 字第_____號

=====

申請日期：___/___/___ 申請人簽章：_____

代理人簽章：_____ 代理人身分證字號：_____ (檢附委託書)

=====

領取公文及執照方式：(※僅會勘通知、停業、歇業可郵寄公文)

電話通知：承辦人及連絡電話_____

郵寄取件，地址：_____

自行取件，地點：臺北市政府聯合服務中心衛生局櫃台(市政大樓北區1樓)

衛生局衛生稽查科 (東、西、南、北、中區稽查股)

承辦人：_____