**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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （身份證字號： ） 承辦人： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**