**臺北市醫院、護產機構及醫療機構附設服務部門**

** 設立**

** 遷移新址 許可申請書**

** 擴充**

|  |  |
| --- | --- |
| 機構名稱 |  |
| 擬設地址 |  | 電話 |  |
| 原設地址 | （新設立者免填） | 電話 |  |
| 業務項目 | 居家護理 護理之家 日間照護 產後護理（醫院及助產所免填） |
| 申 請 人 | 姓 名 |  | 出生年月日 |  年 月 日 |
| 身份證字號 |  | 學 歷 |  |
| 醫事人員證書字號 |  字第 號 |
| E – M a i l |  |
| 經 歷 |  |
| 法 人 名 稱 |  |
| 事 務 所 所 在 地 |  |
| 負 責 人（護產機構之負責護理人員需填） | 姓 名 |  | 出生年月日 |  年 月 日 |
| 身份證字號 |  | 學 歷 |  |
| 醫事人員證書字號 | 字第 號 |
| E – M a i l |  |
| 專 業 訓 練 單 位 |  |
| 經 歷 |  |
|  |

此致

臺北市政府衛生局

 申請日期： **\_\_**\_年\_\_\_月\_\_\_日

 申請人簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

承辦人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

批示： 擬辦：