**臺北市護理機構讓渡/承接書**

**原開業之\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_護理/產後護理機構**，位址於臺北市\_\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_\_(路/街)\_\_\_段\_\_巷\_\_\_弄\_\_\_\_號\_\_\_樓之\_\_\_，**負責人\_\_\_\_\_\_\_\_同意將所屬之護理/產後護理機構名稱、市招、內部設施及病歷(護理紀錄)讓渡給\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_護理師(士)繼續開業。倘若未繼續開業，將由負責人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_負責拆除市招及內部設施，並依護理人員法之規定年限保存病歷(護理紀錄)。特此聲明。**

**此 致**

**臺北市政府衛生局**

負責人： (簽名蓋章)

身分證字號：

聯絡電話：

承接人： (簽名蓋章)

身分證字號：

連絡電話：

中華民國 年 月 日