# 臺北市政府衛生局產後護理機構檢核表-變更機構負責人

# (公立機構、法人附設機構)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **聯絡人** |  | **連絡電話** |  |
| **電子信箱** |  |
| **公文寄件地址** |  |
| **類別** | **項目** | **申請人核對** | **收件人核對** | **承辦人核對** |
| **一、申請資料** | 申請函 |  |  |  |
| 申請書(附件1) |  |  |  |
| 開業執照正本（登記後發還） |  |  |  |
| **二、人員資料** | 配置之醫事人員及相關人員名冊 |  |  |  |
| **負責人** | 「醫事人員」執業登錄、歇業及變更申請書(附件5) |  |  |  |
| 護理師（士）證書正本（正本驗畢後發還） |  |  |  |
| 護理機構護理人員證件影本粘貼表(附件6) |  |  |  |
| **護理人員****(每人)** | 「醫事人員」執業登錄、歇業及變更申請書(附件5) |  |  |  |
| 護理師（士）證書正本1份（正本驗畢後發還） |  |  |  |
| 護理機構負責護理人員證件影本粘貼表(附件6) |  |  |  |
| **三、委託辦理(無則免付)** | 委託書(附件7) |  |  |  |
| 委託人身分證正本（正本驗畢後發還） |  |  |  |
| 備註 |  |
| **人員簽章** |  |  |  |