

臺北市醫事人員業態異動（執業、歇業、變更、報備支援）登記申請表

姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生年月日：___/___/___

執業科別：_____ 公會會員證字號：_____ E-Mail：_____

醫事人員證書字號：_____ 字第_____ 號；（登記證字號：_____ 字第_____ 號）

執業執照字號：___年___月___日北市衛_____ 執字第_____ 號（新登錄者免填）

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

執（歇）業機構名稱：_____ 機構代碼：_____

地址：_____ 電話：_____

類別：醫師 中醫師 牙醫師 護理師(士) 助產士 藥師(生) 營養師
醫事檢驗師(生) 醫事放射師(士) 物理治療師(生) 職能治療師(生)
呼吸治療師 心理師（臨床、諮商） 牙體技術師 其他_____

=====【請依申請類別勾選填寫】=====

執業登記 執業日期：自___/___/___起

停業登記 自___/___/___至___/___/___ 復業登記 自___/___/___起

歇業(註銷) 離職日期：___/___/___ 歇業(註銷)日期：___/___/___

前往其他醫療機構執行醫療業務（若執業機構或醫事人員歇業，原報備支援案件將自動註銷，如有繼續支援之需求，請重新申請報備）：

期間：自___/___/___ 至 ___/___/___

時段：上午(每星期一, 二, 三, 四, 五, 六, 日)
下午(每星期一, 二, 三, 四, 五, 六, 日)
晚上(每星期一, 二, 三, 四, 五, 六, 日) } 合計：_____ 時段

前往其他機構名稱：_____ 機構代碼：_____

前往其他機構地址：_____

註銷前往其他醫療機構執行醫療業務：自___/___/___起(原核准文號：_____)

變更登記 原登記事項：_____ 變更後登記事項：_____

遺失補發 到期換發 原發證日期：___/___/___

領取執照方式：自行取件（分隊：中區南區北區東區西區，衛生局）

郵寄取件

通訊電話：_____ 郵寄地址：_____

申請日期：___/___/___ 申請人簽章：_____

代理人簽章：_____ 代理人身份證字號：_____（檢附委託書）

擬辦： 經審核符合規定，准予登記或變更 批示：
 經審核與規定不符，檢還原件

承辦人：_____