

## 臺北市護理機構讓渡/承接書

原開業之\_\_\_\_\_護理/產後護理之家，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/產後護理之家名稱、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