

臺北市政府衛生局產後護理機構檢核表-變更機構負責人

(私立機構且由個人設置者)

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	申請書(附件1)			
	開業執照正本			
	設立計畫書(附件2、3、4)			
二、建物合法使用證明文件	使用執照影本			
	建物及土地所有權狀影本			
	地籍圖影本			
	地籍謄本影本			
	租賃契約影本1份(所有人則免附)			
	建築物室內裝修合格證明			
	當年度建築物公共安全檢查簽證及申報			
	建管、消防機關審查核可建築、消防核准圖各2份、A3 各1份			
三、人員資料	配置之醫事人員及相關人員名冊			
	原任負責人	「醫事人員」執業登錄、歇業及變更申請書(附件5)		
		切結書正本(附件8)		
		讓渡/承接書正本(附件9)		
		執業執照正本(驗畢後發還)		

類別	項目	申請人 核對	收件人 核對	承辦人 核對	
	新任 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(執歇業各1)(附件 5)			
		執業執照正本(驗畢後發還)			
		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)			
		原服務機構核發之離職證明正本			
	四、 委 託	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					

*舊執業執照待會勘結束後，至本局取件時繳回，同時取回新執業執照