

# 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)			
	(每人) 護理人員	「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	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					