**臺北市醫院、護產機構及醫療機構附設服務部門(居家護理)**

** 設立**

** 遷移新址 許可申請書**

** 擴充**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 機構名稱 |  | | | | | | |
| 擬設地址 |  | | | | 電話 |  | |
| 原設地址 | （新設立者免填） | | | | 電話 |  | |
| 業務項目 | 居家護理 護理之家 日間照護 產後護理（醫院及助產所免填） | | | | | | |
| 申 請 人 | 姓 名 |  | 出生年月日 | | | 年 月 日 | |
| 身份證字號 |  | 學 歷 | | |  | |
| 醫事人員證書字號 | 字第 號 | | | | | |
| E – M a i l |  | | | | | |
| 經 歷 |  | | | | | |
| 法 人 名 稱 |  | | | | | |
| 事 務 所 所 在 地 |  | | | | | |
| 負 責 人  （護產機構之負責護理人員需填） | 姓 名 |  | | 出生年月日 | | | 年 月 日 |
| 身份證字號 |  | | 學 歷 | | |  |
| 醫事人員證書字號 | 字第 號 | | | | | |
| E – M a i l |  | | | | | |
| 專 業 訓 練 單 位 |  | | | | | |
| 經 歷 |  | | | | | |
|  | | | | | |

此致

臺北市政府衛生局

申請日期： **\_\_**\_年\_\_\_月\_\_\_日

申請人簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_