

臺北市護理機構讓渡/承接書

原開業之_____護理/產後護理機構，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/產後護理機構名稱、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