

臺北市醫療（事）機構登錄及變更申請書

機構名稱：_____ 機構代碼：_____

地址：_____ 電話：_____ 傳真：_____

開業執照字號：____年____月____日北市衛_____執字第_____號（新登錄者免填）

管制藥品登記證字號：_____（新登錄者免填）

負責人姓名：_____ 出生年月日：____/____/____ E-Mail：_____

身分證字號：_____ 醫事人員證書字號：_____字第_____號

類別：醫師 中醫師 牙醫師 醫事檢驗師(生) 醫事放射師(士)
物理治療師(生) 職能治療師(生) 臨床心理師 諮商心理師
齒模製造技術員 國術損傷接骨技術員 康復之家 社區復健中心
社會工作師 護理師(士) 助產士 營養師 其他_____

=====【請依申請類別勾選填寫】=====

開業 開業科別：_____ 專科醫師證書字號：_____專醫字第_____號
(有效期限：自____/____/____至____/____/____)

從業登記 登記證字號：_____字第_____號

停業 自____/____/____至____/____/____，計____月____天；原因：自行停業 因案停業

復業 自____/____/____起

歇業 自____/____/____起；機構停止執業日期：____/____/____

變更登記 原登記事項：_____ 變更後登記事項：_____

聘請代理負責醫師（營養師）

姓名：_____ 執業執照字號：北市衛_____執字第_____號

代理期間：自____/____/____至____/____/____

代理醫師（營養師）執業場所名稱：_____ 地址：_____

診所健保核章

補發 **換發** 原發照日期：____/____/____

領取公文及執照方式：

電話通知：聯絡人及電話：_____

郵寄公文：地址：_____ 區聯合稽查隊

申請日期：____/____/____ 申請人簽章：_____

代理人簽章：_____（身份證字號：_____）

承辦人：_____