

臺北市政府衛生局居家護理所開業申請文件檢核表

| | | | | | |
|--------------------|---|-----------------------|--------|-------|-------|
| 機構名稱 | | | 公文寄件地址 | | |
| 聯絡人 | | | 電子信箱 | | |
| | | | 連絡電話 | | |
| 類別 | 項目 | | | 申請人核對 | 收件人核對 |
| 一、申請資料 | 臺北市醫療(事)機構登錄及變更申請書(附件6) | | | | |
| | 主管機關許可設立文件影本 (許可設置文號： 年 月 日 字第 號) | | | | |
| | 臺北市居家護理所開業計畫書(附件5) | | | | |
| 二、建物合法使用證明文件 | 產權證明文件影本(建物及土地所有權狀) | | | | |
| | 土地使用分區證明 | | | | |
| | 租賃契約影本(所有人則免附) | | | | |
| 三、機構相關文件 | 機構位置圖及平面簡圖(應有護理紀錄放置設施及應有醫材儲藏設施) | | | | |
| | 與個案簽訂之服務合約書 | | | | |
| | 與鄰近醫院訂定轉介關係之契約 | | | | |
| 四、人員資料 | 配置之醫事人員及相關人員名冊 | | | | |
| | 負責人 | 臺北市醫事人員業態異動登記申請表(附件7) | | | |
| | | 護理師(士)證書正本(正本驗畢後發還) | | | |
| | | 機構護理人員證件影本粘貼表(附件3) | | | |
| | 其他人員 (每人1份,無則免付) | 臺北市醫事人員業態異動登記申請表(附件7) | | | |
| | | 醫事、護理證書正本(正本驗畢後發還) | | | |
| 機構護理人員證件影本粘貼表(附件3) | | | | | |
| 五、委託辦理者 (無則免付) | 臺北市護理機構申辦委任書、委任名冊(附件4) | | | | |
| | 委託人身分證正本(正本驗畢後發還) | | | | |
| 六、其他 (無則免付) | 由其他法人依有關法律規定附設者,檢附該法人主管機關及其目的事業主管機關同意函件 | | | | |
| | 財團法人護理機構及其他法人附設者,分別檢具董事會或社員總會同意護理機構設置或擴充之會議紀錄 | | | | |
| | 醫療院所附設者檢附醫療院所負責醫師同意名稱使用同意書 | | | | |
| 文件檢核人員簽章 | | | | | |

備註：

- 1.開業申請文件確認已檢附請打勾。
- 2.請確認資料備齊後再函文本局申請。

3.請將檢附資料電子檔分項 Mail 給主管機關承辦人。