

臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書

0501108

醫事人員 類 別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 助產士 <input type="checkbox"/> 心理師 <input checked="" type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師	照 片 黏貼處 (退會不用照片)
基本資料	姓 名：_____ 出生年月日：____/____/____ 身分證統一號碼：_____ 行動電話：_____ 執業機構名稱：_____ 執業機構代碼：_____ 執業機構地址：_____ 電話：_____ 醫事人員證書字號： <u>檢</u> 字第_____號	
申請事項	一、 <input type="checkbox"/> 執(從)業登記 執(從)業日期：自____/____/____起 二、 <input type="checkbox"/> 歇業(註銷) 離職日期：____/____/____ (一) <input type="checkbox"/> 單純歇業 (二) <input type="checkbox"/> 變更執業場所， 原登記機構_____ 科室_____；離職日 ____/____/____ 變更後機構_____ 科室_____；到職日 ____/____/____ 三、 <input type="checkbox"/> 變更登記 執業科別：原登記____，變更後____ 資格變更：原登記____，變更後____ 其 他：原登記____，變更後____ 四、 <input type="checkbox"/> 遺失補發執業執照： ※請備醫事證書正、影本及身分證正反面影本、一寸照片二張、遺失證明或切結書 <input checked="" type="checkbox"/> 有效期限到期換發執業執照： ※請備執業執照正本、一寸照片二張(3個月內彩色照片)、繼續教育學分證明	
申請人簽章：_____ 代理人簽章：_____ 公會戳章欄：_____		
申請日期：____/____/____		
擬辦： <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予執業、歇業、變更 <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予補、換發 <input type="checkbox"/> 經審核與規定不符，檢還原件 第三層決行 批示：		