

臺中市醫療（事）機構申請

開業（遷址）相關表單

開業準備資料如下：

1. 現場履勘表
 2. 開(歇業)變更申請書(需先至公會核章)
 3. 醫檢所設備及人員配置查核表
 4. 機構交通位置圖
 5. 機構內部平面簡圖
 6. 建物使用執照(輔助文件:土地使用分區證明、室內裝修許可證、建物竣工平面圖)
 7. 建物測量成果圖
 8. 建物所有權狀影本
 9. 醫療廢棄物清除處理合約書影本
 10. 機構醫事人員名冊
 11. 衛生局個資蒐集前之告知內容
 12. 申請歇業、遷移現場查核表
 13. 醫檢師證書影本(正反面 A4 大小)
 14. 身分證明影本(正反面勿黏貼)
 15. 一寸相片 4 張
 16. 印章
 17. 六十五歲以上需付體檢表
 18. 繳交費用~開業執照 1000 元、執業執照 300 元
 19. 入會費 2000 元，開業贊助金 5000 元
 20. 常年會費每個月 300 元
 21. 機構內醫事人員參閱 p.12 執業變更登記。(請填寫 p.13~p.14 表格)
-
- ◆ 文件備妥後至公會檢覈蓋章後，將第 1~5 點準備好的文件，傳真至衛生局(2515-5449)
 - ◆ 聯繫承辦人 2526-5394 分機 3222
 - ◆ 確認傳真資料正確性及會勘日期~

臺中市醫療(事)機構向衛生局申請開、歇業、異動現場履勘表

類別	<input type="checkbox"/> 西醫 <input type="checkbox"/> 中醫 <input type="checkbox"/> 牙醫 <input checked="" type="checkbox"/> 醫事機構 <input type="checkbox"/> 其他：
機構名稱	
機構地址	
負責人姓名	
申請項目	
<input type="checkbox"/> 開業	
<input type="checkbox"/> 原址新開業 (變更負責人)	1. 原領管制藥品(無者免填): <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案 2. 變更後負責人:
<input type="checkbox"/> 遷移	1. 新址: 2. 原址市招: <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 3. 原址醫療設備及藥品: <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除 4 跨區遷移, 原領管制藥品: <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案
<input type="checkbox"/> 變更使用面積	原使用面積_____平方公尺 <input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 縮減後面積_____平方公尺
<input type="checkbox"/> 歇業	1. 市招: <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 2. 醫療設備、藥品: <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除 3. 管制藥品(無者免填): <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案
<input type="checkbox"/> 其他	
預定完工日期	
聯絡人	
聯絡電話	

申請人：

(簽名)

中 華 民 國 年 月 日

臺中市醫療（事）機構開（歇）業暨各項變更申請書

<p>醫事機構</p> <p>基本資料：</p>	<p>醫事機構名稱：_____，負責人：_____</p> <p>地址：臺中市_____區_____里_____</p> <p>電話：_____ 傳真：_____</p>	<p>照片</p> <p>黏貼處</p> <p>(歇業免貼)</p>
<p>申請事項</p>	<p>一、<input type="checkbox"/>開業</p> <p><u>負責人基本資料：</u></p> <p>姓名：_____ 出生年月日：__/__/__ E-Mail：_____</p> <p>身分證字號：_____ 醫事人員證書字號：_____ 字第_____號</p> <p><u>登記科別：</u> _____ 科 _____ 科 _____</p> <p><u>機構醫事人員數：</u></p> <p>1. 醫師_____人 2. 中醫師_____人 3. 牙醫師_____人 4. 護理師(士)_____人 5. 藥師(生)_____人，6. 呼吸治療師_____人 7. 醫事檢驗師(生)_____人 8. 醫事放射師(士)_____人 9. 物理治療師(生)_____人 10. 職能治療師(生)_____人 11、心理師_____人 12. 其他類：_____</p> <p><u>醫事機構面積：</u> _____ 平方公尺</p> <p>二、<input type="checkbox"/>歇業：原市招是否已拆除：<input type="checkbox"/>是；<input type="checkbox"/>否</p> <p style="margin-left: 40px;">(一) <input type="checkbox"/>單純歇業</p> <p style="margin-left: 40px;">(二) <input type="checkbox"/>同區遷移，原地址_____</p> <p style="margin-left: 120px;">變更為_____</p> <p>三、<input type="checkbox"/>其他登記事項變更：</p> <p style="margin-left: 40px;">(一) <input type="checkbox"/>機構名稱變更，原_____變更為_____</p> <p style="margin-left: 40px;">(二) <input type="checkbox"/>科別變更，原_____變更為_____</p> <p style="margin-left: 40px;">(三) <input type="checkbox"/>其他，原_____變更為_____</p>	
<p>負責人簽名：_____ 申請日期：_____/_____/_____</p> <p>公會戳章欄：_____ (請務必先至公會核章)</p>		

臺中市政府衛生局稽查醫事檢驗所設備及人員配置查核表

一、醫事檢驗所名稱：_____ 地址：_____

二、負責檢驗師〈生〉：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____

三、醫事檢驗所設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於____內填入數字或文字資料)

區分	設置標準	說明	醫事檢驗所現況資料 (本欄由醫事檢驗所自填)		審核 (本欄由衛生機關填寫)		
			有	無	合格	不合格	說明
一、人員	醫事檢驗所：應有醫事檢驗師(生)1人以上。	前項申請人，醫事檢驗師須在醫療機構或醫事檢驗所執行業務2年以上；醫事檢驗生須在醫療機構或醫事檢驗所執行業務5年以上，始得為之。	1. 負責醫事檢驗師〈生〉姓名：_____ 2. 領有醫事檢驗師〈生〉證書字號：_____ 3. 醫事檢驗師____人、醫事檢驗生____人 4. 醫事放射師____人、醫事放射士____人		合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	說明
二、設備	醫事檢驗所之設施，應符合下列規定：		1. 有明顯區隔之獨立作業場所及候檢區。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	說明
		2. 醫事檢驗所對檢驗結果紀錄、醫師開具之檢驗單、檢驗報告副本及醫事檢驗品管紀錄，設置櫃子或空間。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		3. 總樓地板面積，不得小於20平方公尺。(並設置醫事放射部門者，總樓地板面積，不得小於50平方公尺) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		4. 設有顯微鏡。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		5. 設有生化比色儀。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		6. 設有離心機。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		7. 設有血球計數儀。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		8. 設有冷藏設備。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		9. 設有清潔及消毒設備。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
三、檢驗項目	醫事檢驗所至少應提供下列各款之5款以上醫事檢驗項目		1. 一般臨床檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	說明
		2. 臨床生化檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		3. 臨床血清檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		4. 臨床免疫檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		5. 臨床血液檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		6. 輸血檢驗及血庫作業 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		7. 臨床微生物檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		8. 臨床生理檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
四、其	1. 建築物構造符合建築法有關規定： 2. 場所寬敞、通風、光線充足，環境衛生良好。		檢附建築(醫事檢驗所)平面簡圖及建築物合法使用證明文件(建築物使用執照) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	說明
		檢驗室及等候室空間： 寬敞 <input type="checkbox"/> 通風 <input type="checkbox"/> ，光線充足 <input type="checkbox"/> ，環境衛生 <input type="checkbox"/>					

他	3. 適當消防設備及安全措施。		消防設備及適當安全措施	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>			
	4. 廢棄物清理法有關規定：		有無檢附感染性醫療事業廢棄物委託清理合約書	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>			
	5. 醫事檢驗所之廣告，其內容以右列事項為限：	a. 醫事檢驗所之稱、開業執照字號、地址、電話及交通路線。 b. 醫事檢驗師或醫事檢驗生之姓名及其證書字號。 c. 其他經中央衛生主管機關公告容許登載或宣播事項。	醫事檢驗所廣告： (請檢附市招相片於次頁)	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>			

填表人簽章_____日期： 年 月 日 審核人員簽章_____日期： 年 月 日

醫療(事)機構交通位置圖

機構名稱

地址

臺中市 區 里 路街 段 巷 號 樓

醫療(事)機構內部平面簡圖

醫事機構名稱：

醫事機構地址：

醫事機構面積總寬 _____ 公尺 長 _____ 公尺

總營業面積 _____ 平方公尺

申請日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日填

※ 各隔間請標示使用面積長寬。

臺中市政府衛生局

醫療(事)機構醫事人員名冊

編號	醫事人員 類別	姓名	性別	出生年月	證書字號	身分證字號	備註
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

填表日期：

製表人： _____

臺中市政府衛生局依據個人資料保護法第8條規定進行個資蒐集前之告知內容

為了促進個人資料之合理利用並避免人格權受侵害，爰針對本次之個人資料蒐集，依個人資料保護法（以下簡稱個資法）第8條規定告知下列事項：

一、蒐集目的及方式：本局基於進行醫療（事）機構管理等，凡本局業務上目的及行政協助相關機構法定職務之目的需要，將透過您自行在相關申請書上填寫個人資料之方式進行個資之蒐集及處理。

二、蒐集之個人資料類別

本局蒐集的個人資料包括醫事機構開業登記中的資料，其類別如開業機構登記之名稱、地址開、執業執照字號、核准日期、負責醫事人員等相關資料，且包括但不限於各類別所列舉之子項目：

（一）辨識個人者：如姓名、地址、電話、電子郵件等資訊。

（二）個人描述：如性別、出生年月日。

三、利用期間、地區、對象及方式

（一）期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間或本局因執行職務所必須保存之期間或依相關法令規定之保存期限。

（二）地區：個人資料將用於台灣地區。

（三）利用對象及方式：各單位依法定職務為必要之登錄及記載及處理及您因執業加入之所屬公會，本局將於核准您開業或辦理異動事項時函文副知上開單位。

四、您依個資法第3條得行使的權利：

個資當事人得針對本局保有之個人資料，行使下列權利：

（一）查詢或請求閱覽。但本局依法得酌收必要之成本費用。

（二）請求製給複製本。但本局依法得酌收必要之成本費用。

（三）請求補充或更正。惟當事人應為適當之釋明。

（四）請求停止蒐集、處理或利用。

（五）請求刪除。

個資當事人可來電洽詢本局個資問題服務專線 04-25265394*3220、3230、3240 進行申請。

五、您若不提供個人資料所致權益影響：

您得自由選擇是否提供相關個人資料，惟當事人若拒絕提供相關個人資料，本局將無法進行必要之審核及處理程序，致無法進行維護或登錄您之權益。

以上本人已充分瞭解 貴局蒐集、處理、利用本人個人資料之目的及用途，並同意貴局在上述蒐集目的內蒐集、處理、利用本人之個人資料

受告知人（即立同意書人）簽章：

身份證字號：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

臺中市政府衛生局稽查醫事機構申請歇業、遷移現場查核表

稽查日期： 年 月 日

申請人姓名		醫事機構名稱	
地址			
查 核 事 項		是 否 符 合	備 註
<p>一、 市招：</p> <p><input type="checkbox"/>市招已全部拆除。</p> <p><input type="checkbox"/>市招尚有_____標示。</p> <p><input type="checkbox"/>市招尚有服務時間等字樣。</p>			
<p>二、 醫療設備：</p> <p><input type="checkbox"/>現場無醫療設備。</p> <p><input type="checkbox"/>現場仍有_____醫療設施或設備。</p> <p style="margin-left: 20px;">現有醫療設施暫時存放原址，並保證不在原址使用此醫療設施，如有虛偽情事，具結人願負法律上一切責任。</p> <p>具結人： _____ 簽章</p> <p>身分證號碼： _____</p>			
<p>三、 管制藥品處理(限西醫診所使用)</p> <p><input type="checkbox"/>無管藥證號。</p> <p><input type="checkbox"/>領有管藥證字號： _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>已結存 <input type="checkbox"/>已轉讓 <input type="checkbox"/>已銷毀 <input type="checkbox"/>已減損處理</p> <p><input type="checkbox"/>已處理完成</p>			
符合規定 (稽查人員簽章)	請改善後再申請 (稽查人員簽章)	負 責 人 簽 章	

※ 歇業後文件寄送地址： _____

執業變更登記～ 【執業執照到期前六個月，可檢附學分證明一併換照】

※三十日內(含六、日)未至衛生局辦理完成變更者，罰款壹萬元整。

- 一、填寫執業執照登錄申請書一份。
- 二、三個月內一寸彩色照片相片三張。
- 三、醫事檢驗師證書正反面影本二份。
- 四、身份證正反面影本二份。
- 五、前執業場所之離職證明書影本一份。
- 六、新執業場所之在職證明書正本一份。
- 七、印章。
- 八、繳清常年會費始可辦理。
- 九、繳納衛生局規費 300 元整。

社團法人台中市醫事檢驗師公會
會員個人資料使用授權同意書

為保障您的權益，請務必詳細閱讀本同意書各項內容：

- 1、 社團法人台中市醫事檢驗師公會因會務需求，需使用您的個人資料，在個人資料保護法及相關法令規定下，本會將依法彙整、處理及利用您的個人資料。
- 2、 您所提供之個人資料，如：姓名、出生年月日、國民身分證字號、性別、電話號碼、e-mail、戶籍地址、通訊地址、服務機關及肖像（包含照片及動態影像）等相關資料，得以直接或間接識別您個人資料本會將保全維護，並僅限於公務使用。
- 3、 若您未同意本授權書，可能影響本會相關訊息之傳遞。
- 4、 當您親自簽名完成後，即視為您已詳閱並瞭解本同意書的內容，一旦簽署後即立刻生效。

本人_____ 同意 不同意 社團法人台中市醫事檢驗師公會因會務之需要，得蒐集、電腦處理或使用本人之個人資料。

此致

社團法人台中市醫事檢驗師公會

立同意書人：

【簽名】

簽署日期：中華民國 年 月 日

臺中市醫事檢驗師公會入會申請書

公會會員證號 達 字

號(本欄位由公會填寫)

姓名：	生日：西元	/	/	(照片黏貼處)
身分證字號：				
出生地：	省		縣(市)	
戶籍地址：				
通訊地址：				
聯絡電話：	行動電話：			
常用 e-mail：	(日後以此寄發訊息)			
服務機關名稱：	到職日：____/____/____			
服務機關地址：				
服務機關電話：	分機：			
任職部門：				
任職組別：	醫院等級： <input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院			
醫檢師證書字號：	<input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 其它_____			
考試及格證書字號：				
最高學歷(學校)：				

申請日期： / /

公會核印：

申請人簽章：