

## 臺南市醫事人員、醫事機構開（執）業異動申請表

07-03-01 保存年限 10 年 共

頁

申請類別	<input type="checkbox"/> 機構開業【機構名稱：_____】 診療床_____床；觀察病床_____床(診所最多 9 床) 牙科治療台_____台；產科病床_____床(婦產科診所最多 10 床) 手術台_____台；產台_____台；嬰兒床_____床；血液透析床_____床			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"/> 藥師(生) <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 護士 <input type="checkbox"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 臨床心理師 <input type="checkbox"/> 諮商心理師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input 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"/> 聽力治療師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	<input type="checkbox"/> 機構歇業 <input type="checkbox"/> 機構停業 <input type="checkbox"/> 機構復業 <input type="checkbox"/> 機構同區遷移 <input type="checkbox"/> 機構跨區遷移_____ <input type="checkbox"/> 機構變更負責人_____ <input type="checkbox"/> 申請執業執照 <input type="checkbox"/> 執業執照註銷(離職) <input type="checkbox"/> 執業執照到期更新 <input type="checkbox"/> 補、換發執業(開業)執照 <input type="checkbox"/> 變更：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____							
姓 名				身分證號碼				照片黏貼處
性 別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		機構電話： 聯絡電話：				
現 居 住 址								
出 生 年 月 日		民國 年 月 日		出 生 地		省(市) 縣(市)		
原開(執)業院所	名 稱			住址	區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓			
新開(執)業院所	名 稱			住址	區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓			
設立科別：		開業執照字號	南市衛 字第 號			民國 年 月 日發給		
		執業執照字號	南市衛 字第 號			民國 年 月 日發給 民國 年 月 日到期		
離職日期	民國 年 月 日			停、復業日期				
證書字號	字第 號			專科證書字號		字第 號		
變更前				變更後				

備註：一、個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：申請人同意提供本表所列之個人資料，做為臺南市政府衛生局辦理醫事人員、醫療機構開（執）業異動申請之處理及建檔等相關業務使用。

二、申請人得以書面請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用或刪除。

申請人： (簽章) 申請日期： 年 月 日

預計：☐開業 ☐歇業 ☐停業 ☐復業 日期： 年 月 日

擬辦：

☐經審核符合規定，並隨到隨辦准予登錄在案 ☐核發執照 ☐繳銷執照 ☐執照、原送驗證件已領回 簽收：\_\_\_\_\_

第 層 決行

承 辦 人	股 長	技 正	科 長	局 長