

彰化縣醫療（事）機構、醫事人員申請表

申請事項 <input type="checkbox"/> 開業 <input type="checkbox"/> 歇業 <input type="checkbox"/> 停業 <input type="checkbox"/> 執業 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 復業 <input type="checkbox"/> 執照更新 <input type="checkbox"/> 變更登記（換發） 申請日期： 年 月 日										
機構資料	機構名稱						照 片			
	機構代碼									
	負責人（醫師）									
	診療科別（業務項目）									
	地址						電話			
	變更登記		原登記項目							
擬變更項目										
醫事人員資料	類 別				姓 名				身分證字號	
	執業科別				戶籍地址					
	出生日期		年 月 日		性 別				聯絡電話	
	醫事人員證書		醫字第		號		年 月 日發給		專科證書字號	
	畢業學校				年 月 日畢業		公會字號			
	變更登記		原登記項目							
			擬變更項目							
衛生所審查意見		承辦人：		主任：						
批 示										
核准情形	開業執照：彰衛			字第		號		年 月 日		
	執業執照：彰衛			執字第		號		年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 原領開業執照繳銷 <input type="checkbox"/> 原領執業執照繳銷									