

# 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 checked="" 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：105年1月1日											
機構資料	機構名稱		好厝邊診所(○○治療所)					照  片			
	機構代碼		1537010077								
	負責人（醫師）		汪大倫								
	診療科別（業務項目）										
	地址		彰化縣彰化市中山路 162 號 1 樓			電話	04-7115141				
	變更登記		原登記項目								
擬變更項目											
醫事人員資料	類別	醫師		姓名	汪大倫		身分證字號	N123456789			
	執業科別	內科		戶籍地址	彰化市光南里復興路 100 號						
	出生日期	60年10月10日		性別	男		聯絡電話	8337272			
	醫事人員證書	醫字第 012345 號 87 年 5 月 5 日發給					專科證書字號 內專醫字第 001234 號				
	畢業學校	中國醫藥大學 86 年 6 月 30 日畢業					公會字號 彰化縣醫會證字第 1234 號				
	變更登記	原登記項目							公會校對章 		
		擬變更項目							申請人簽名蓋章  汪大倫 		
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										