


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 checked="" 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	機構名稱:厝邊診所				
	擬變更項目	機構名稱:好厝邊診所					
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						