

彰化縣營養師支援他醫療機構執行業務報備申請書(範例)

申請 機構	機構名稱	午崙醫院	負責人	楊宗煒	機構代碼	097000001
	地址	彰化縣員林鎮中 正路 100 號	承辦人	林志玲	電話 傳真	04-8888888

姓名	證書字 號	執業執 照號碼	支援機構 (及代碼)	支援 科別	支援期間 (起~迄)	支援時間 (小時 制)	備註
許茹芸	營養字 第 1111111 號	彰衛營 執字第 123456 號	人人醫院 (98000001)		970101~971231	固定：星 期一 15-17 時	

申請人(機構負責人)簽章： _____ 年 月 日

* 支援期間最長不得超過一年，期滿如需繼續執行醫療業務，應於期間屆滿前重新辦理報備。

* 醫事人員如於登錄執業機構有註銷或停止執業時，本案即自動失效。

* 彰化縣衛生局 地址：彰化縣彰化市中山路二段 162 號

電話：(04) 7115141-5703