

彰化縣營養師支援他醫療機構執行業務報備申請書

申請 機構	機構名稱		負責人		機構代碼	
	地址		承辦人		電話 傳真	

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

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