



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				