

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"/> 執業 <input type="checkbox"/> 歇業 <input type="checkbox"/> 停業 <input type="checkbox"/> 復業 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 執照更新 <input type="checkbox"/> 變更登記（換發） 申請日期： 年 月 日													
機構資料	機構名稱						照 片						
	機構代碼												
	負責人（醫師）												
	診療科別（業務項目）												
	地址						電話						
	變更登記	原登記項目											
擬變更項目													
醫事人員資料	類 別				姓 名				身分證字號				
	執業科別				戶籍地址								
	出生日期		年 月 日		性 別			聯絡電話					
	醫事人員證書	字第	號	年	月	日	發給		專科證書字號				
	畢業學校				年		月		日		畢業		公會字號
	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				
稽查科審查意見			承辦人：			科長：							
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		
備 註	<input type="checkbox"/> 原領開業執照繳銷												
	<input type="checkbox"/> 原領執業執照繳銷												
本人委託人簽名	特委託	受委託人簽名	(身分證字號：				電話：						
地址：)代為申辦，如有不實，願負法律責任。		