

# 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 checked="" type="checkbox"/> 復業 <input type="checkbox"/> 執照更新 <input 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											
擬變更項目			申請 105 年 1 月 1 日復業											
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  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">彰化縣醫師公會校對章</span>			
			擬變更項目											
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													
	<input type="checkbox"/> 原領開業執照繳銷 <input type="checkbox"/> 原領執業執照繳銷													
備註	本人 汪大倫 特委託王大明 （身份證字號：A123456978 電話：0912345678 地址：彰化縣彰化市中山路 162 號 1 樓）代為申辦，如有不實，願負法律責任。													

