



衛生福利部

Ministry of Health and Welfare

☐ 申請 ☐ 註銷

死亡通報網路系統使用者申請表

申請機構			職稱	
機構代碼			聯絡電話	分機
使用者姓名			身分證字號	
申請日期			註銷日期	
使用者帳號 (7碼以上，需含英文2碼及數字1碼以上)				
E-mail信箱帳號	@			
使用者等級	☐ 醫療院所 ☐ 衛生所 ☐ 衛生局 ☐ 衛生福利部			
授權管理權限	☐ 授與帳號管理權 (僅衛生局可申請) ☐ 授與醫師資料管理權 ☐ 授與機構資料管理權	死亡通報權限	☐ 授與全院修改權限 ☐ 授與全院查詢權限	
批次上傳權限	☐ 授與批次上傳權限	(提供醫療院所，將院內死亡資料以批次上傳方式轉入死亡通報系統)		
附註：1. 醫療院所及衛生所完成簽章後請傳真至所在地衛生局。 2. 註銷後，本表保存期限為一年。				

申請人簽章：

單位主管簽章：



衛生福利部

Ministry of Health and Welfare

☐申請 ☐註銷

死亡通報網路系統使用機構申請表

欄 位 名 稱	輸 入 項 目
機 構 代 碼	※通報單位(醫療院所、衛生所)請填入醫事機構代碼(阿拉伯數字 10 碼) ※行政單位(衛生局、所)請填入行政機關代碼(最後一碼為 I)
機 關 種 類	☐ 醫院診所 ☐ 衛生所 ☐ 行政衛生所 ☐ 衛生局
機 關 全 銜	
分 院 名 稱	
機 關 簡 稱	
機 關 負 責 人	
開業執照號碼	開業執照登記日期
E - mail 信箱	@
聯 絡 電 話 1	()
聯 絡 電 話 2	()
傳 真 號 碼	()
行 政 區 代 碼	※並非郵遞區號，而是各機構所在地之行政區代碼(請參考網路死亡通報系統首頁)
機 構 地 址	
備 註	

備註：

1. 各地衛生所及醫療院所等機構，請傳真本表及申請機構執照影本，回傳各地衛生局。
2. 屬分院單位者，除機關全銜及開業執照號碼外，其餘均填分院資料。

申請人簽章：_____

請單位主管簽章：_____

日期：____年____月____日