

# 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 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 <small>（復、歇、停業免貼）</small>	
	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				
	<input type="checkbox"/> 原領開業執照繳銷 <input type="checkbox"/> 原領執業執照繳銷						
備註	本人委託人簽名特委託受委託人簽名(身份證字號： 電話： 地址： )代為申辦，如有不實，願負法律責任。						