

彰化縣藥局機構申請表

藥局名稱 (加蓋同名機構章)	XX 藥局	機構代碼： 5937123456	藥局電話：04-7115141 藥局傳真：	申請日期 110 年 1 月 1 日
藥局地址	彰化縣 彰化 鄉/鎮/市 中央 村/里 中央 路/街 段 15 巷 弄 2 號			
倉儲地址	彰化縣 鄉/鎮/市 村/里 路/街 段 巷 弄 號			
藥師(生) 證書	行政院衛生署/衛生福利部藥(生)字第 12345 號 中華民國 80 年 02 月 01 日發給			黏貼照片處
營業項目	☒藥師自營 ☒西藥調劑、供應 ☒中藥調劑、供應 ☐藥劑生自營 ☐西藥調劑、供應(不含麻醉藥品) ☐西藥零售 ☐中藥零售			
負責人 資料	姓名：簡小明		身分證字號：N123456789	
	性別： ☒ 男 ☐ 女		出生日期：70 年 01 月 01 日	
		市話：04-7115141		手機：
申請事項	一、 ☐ 開業 *同址承接請連同「藥局歇業申請」及「藥事人員執業、歇業申請」一併送件。 另聘執業人員：_____ 位(檢附藥事人員申請資料)			
	二、 ☐ 變更申請： ☐ 遷址 ☐ 門牌整編 ☐ 藥局名稱 ☐ 營業項目 ☐ 倉儲登記 ☐ 營業面積 ☐ 負責人更名 ☐ 其他：_____			
	變更前登載為：_____			
	變更後登載為：_____			
	三、 ☒ 歇業(註銷) *管制藥品登記證： ☐ 未領有 ☐ 領有，已繳還			
	四、 ☐ 停業(停業不得超過 1 年，逾 1 年者應辦理歇業) *自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日止 *停業理由(必填)：_____			
	*管制藥品登記證： ☐ 未領有 ☐ 領有，已繳還			
五、 ☐ 復業：自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起				
六、 ☐ 藥局申請健保核章(檢附全民健康保險特約藥局基本資料表)				
七、 ☐ 補發 ☐ 換發(彰縣藥局字第 _____ 號)				
公會會員 資格	☒彰化縣藥師公會 彰縣藥師 字第 1102 號 ☐彰化縣藥劑生公會 彰縣藥生 字第 _____ 號 申請人簽名蓋章： 負責人印信 申請機構印信 公會章			公會印信
衛生稽查科 審查意見	承辦人：_____ 科長：_____			
批示	第三層決行 科 長：_____ 縣長 承辦人員： ☐ 經核符合規定准予辦理 ☐ 經核文件不符予原件退回			
核准情形	☐藥局執照：彰縣藥局 字第 _____ 號 _____ 年 _____ 月 _____ 日發給 ☐執業執照：彰衛藥(☐師 ☐生) 字第 _____ 號 _____ 年 _____ 月 _____ 日發給 ☐原領藥局執照繳銷 ☐原領執業執照繳銷			