

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 109 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			
營業項目	☒ 藥師自營 ☐ 藥劑生自營 ☒ 西藥調劑、供應 ☒ 西藥零售 ☐ 西藥調劑、供應 (不含麻醉藥品) ☒ 中藥調劑、供應 ☒ 中藥零售 ☐ 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：_____ 簡大成 變更後登載為：_____ 簡小明 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：_____ 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			