

醫療(事)機構、醫事人員歇(停)業登記事項申請書

請填紅字部分

申請人：鄭耀施

發文日期：_____年_____月_____日

通訊地址：高雄市 00 區 00 路 00 號

發文字號：高市衛醫 _____ 字第 _____ 號

聯絡電話：0912-789-123(藥師電話)

申請 醫療(事)機構 歇業

本人親自辦理 簽章：_____

醫事人員 停業

委託代辦 簽章：_____

醫療(事)機構	名稱	王衣陞診所		負責醫師	王衣陞
	代號	1234567890(執業執照正面執業場所旁)		負責() 姓名	
原領	<input type="checkbox"/> 開業執照 <input checked="" type="checkbox"/> 執	高市衛字第 _____ 號	高市衛醫藥師執字第 11000023546 號	<input type="checkbox"/> 兼任管制藥品管理人員 ※離職前 15 天完成註銷管藥負責人	
歇業日期	110 年 01 月 01 日		停業日期	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日	起 _____ 年 _____ 月 _____ 日
負責醫師：王衣陞		申請人：鄭耀施		身分證字號：E123456789	
負責()		(申請日期) 110 年 01 月 02 日		日	

 <p>藥師 鄭耀施 代號</p> <p>執業場所：王衣陞診所 <1234567890></p>	備註：
	<p>執業科別：</p> <p>執照字號：高市衛醫藥師執字第 11000023546 號</p> <p>證書字號：藥字第 123456 號</p> <p>執業登記日期：109/12/1</p>

貴院所 申請自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止停業，同意備查。

正本：

副本：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

第 _____ 層決行

承辦單位

會辦單位

決行