

醫療(事)機構、醫事人員開(執)業登記事項申請書

請填紅字部分

醫療(事)機構名稱：**○○診所(醫院)**

發文日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

代號：**012-345-6789**

發文字號：高市衛 字第 \_\_\_\_\_ 號

地址：**高雄市○○區○○路○○號**

聯絡電話：**0912-345-678(藥師電話)**

診療科別：

本人親自辦理 簽章：\_\_\_\_\_

委託代辦 簽章：\_\_\_\_\_

一、申請：開業 執業 復業 繼續教育屆滿更新 補發 變更(兼任管制藥品管理人員)

醫事人員	類別	姓名	出生年月日	身分證字號	執業科別	繼續教育證明	2年執業登錄資歷
	<b>藥師</b>	<b>王○○</b>	<b>00.00.00</b>	<b>E123456789</b>		<input type="checkbox"/> 有，合計____分(附證明) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(附證明) <input type="checkbox"/> 無
	醫事人員證書字號 <b>藥字第 123456 號</b>		專科醫師證書字號		專科醫師證書有效期限	公會會員證字號	

二、醫療(事)機構登記事項：開業 變更 補發 復業 其他\_\_\_\_\_： **※為管制藥品負責人須打勾**

診所	1.觀察病床：_____床； 2.產科病床：_____床； 3.嬰兒床：_____床； 4.血液透析床：_____床； 5.其他：_____									
醫院	急性病床	慢性病床	特 殊 病 床			其 他			總床合計	
	許可床數	開放床數	許可床數	開放床數	加護病床	安寧病床	手術台	台		
	一般病床	一般病床	燒傷病床	呼吸病床	產台	產台	台			
	精神病床	精神病床	急診觀察床	急性結核病床	牙科治療台	牙科治療台	台			
		結核病床	其他觀察病床	精神科加護病床	精神科日間照護	精神科日間照護	人			
			嬰兒病床	產科病床	日間護理人數	日間護理人數	人			
			手術恢復床	腹膜透析病床	診療室	診療室	間			
			嬰兒床	呼吸照護中心	床	床				
			血液透析床	呼吸照護病床	床	床				
	總樓地板面積：		m <sup>2</sup> ；			基地面積：			m <sup>2</sup>	

三、登記事項變更

區分	變 更 事 項	原 登 記 事 項	變 更 後 登 記 事 項
醫療(事)機構	1. <input type="checkbox"/> 醫療機構名稱 2. <input type="checkbox"/> 醫療機構負責人 3. <input type="checkbox"/> 醫療機構法人 4. <input type="checkbox"/> 診療科別 5. <input type="checkbox"/> 救護車數 6. <input type="checkbox"/> 病床數 7. <input type="checkbox"/> 變更開業地點 8. <input type="checkbox"/> 昂貴或具危險性醫療儀器 9. <input type="checkbox"/> 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. <input type="checkbox"/> 樓層平面圖變更 11. <input type="checkbox"/> 其他		
人員	1. <input type="checkbox"/> 執業科別 2. <input type="checkbox"/> 執業地點 3. <input type="checkbox"/> 技術員從業地點名稱 4. <input type="checkbox"/> 其他		

負責醫師

負責( )： **陳一昇** 申請人：**王耀施** 簽章

○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

擬辦：1. 以上台 貴院所 端 申請事項經 本市 本局(衛生局) 區衛生所 同意登記備查自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日起生效。

2. 所領之開業執照應懸掛明顯處，執業期間必須佩戴執業執照，各類醫事人員及醫療機構應依其各相關法規之規定辦理。

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