

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：**陳一昇診所(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**

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 其他_____：

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
	藥事	王耀施	00.00.00	E123456789		<input checked="" 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		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
	藥 字第 123456 號		字第 _____ 號		自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日		字第 _____ 號

二、醫療(事)機構登記事項：開業 變更 補發 復業 其他_____：

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			床
	一般病床		一般病床		燒傷病床	呼吸病床	產台			
	精神病床		精神病床		急診觀察床	急性結核病床	牙科治療台			
			結核病床		其他觀察病床	精神科加護病床	精神科日間照護			
					嬰兒病床	產科病床	日間照護人數			
					手術恢復床	腹膜透析病床	診療室			
					嬰兒床	呼吸照護中心				
				血液透析床	呼吸照護病床					
總樓地板面積：_____ m ² ； 基地面積：_____ m ²										

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 _____ 端申請事項經本局(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