|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **南投縣藥事人員、藥事機構登錄異動申請書 111.11**    申請日期：中華民國　　年　　月　　日  申請日期：中華民國　　年　　月　　日 | | | | | |
| 申辦業務 | 一、□藥事人員：□執業□歇業□換照□補照  二、□藥局：□設立□歇業□停業□變更登記(□機構名稱□地址□負責人)□換照□補照 | | | | |
| 三、□藥商：(□販賣業□製造業)(□西藥□中藥)：□設立□歇業□停業□變更登記(□機  構名稱□地址□負責人□營業細項目)□換照□補照 | | | | |
| 四、□醫療器材商(□販賣業□製造業): □設立□歇業□停業□變更登記(□機構名稱□地址  □負責人□技術人員□營業細項目)□換照□補照 | | | | |
| 藥事人員 | 基本資料 | 執業處所名稱： | | | |
| 姓名： | | | 身分證統一編號： |
| 電話： | | | 出生日期： |
| 戶籍地址： | | | 藥事人員證書字號：□藥 □生字  第 號 |
| **✽僅申辦藥事人員業務者，無須填寫下列機構資料欄位。**  **✽辦理歇業者，須於備註欄填寫歇業起始日。** | | | | |
| 機構資料 | 名稱 |  | | 營業電話： | |
| 營業傳真： | |
| 營業地址 |  | | | |
| **✽倉儲設置營業地址以外地點者，請填寫此欄位**  倉儲地址： | | | | |
| 營業項目 | 1. □藥局：□西藥調劑、供應 □西藥調劑、供應(不含麻醉藥品) □兼營西   藥零售 □中藥調劑、供應 □兼營中藥零售  二、□藥商：□西藥(□批發 □零售)□中藥(□批發 □零售)  三、□販賣業醫療器材商：□批發 □零售 □輸入 □輸出 □租賃 □維修  四、□製造業醫療器材商：□製造 □包裝 □貼標 □滅菌 □最終驗收 □從事  醫療器材設計，並以所申請之上開藥商名稱於市場流通 | | | |
| 負責人  基本資料 | 姓名： | 身分證統一編號： | | |
| 電話： | 出生日期： | | |
| 戶籍地址： | 藥事人員證書字號：□藥□生字  第 號(無則免) | | |
| 藥品管理/監製人員基本資料 | 姓名： | 身分證統一編號： | | |
| 電話： | 出生日期： | | |
| 戶籍地址： | 藥事人員證書字號：□藥□生字  第 號 | | |
| 醫療器材監製技術人員 | 姓名： | 身分證統一編號： | | |
| 電話： | 出生日期： | | |
| 戶籍地址： | 領有專科以上學校醫工、醫檢、理、工、醫、農相關科、系、所或學位學程畢業證書：□是□否  (請檢附畢業證書影本佐證) | | |
| 申請變更  登記項目 | 變更前登記項目： | | | |
| 變更後登記項目： | | | |
| 備註 | 一、□歇業：自民國 年 月 日起。 | | | | |
| 二、□停業：自民國 年 月 日起至 年 月 日止，計停業 個月 天。 | | | | |
| 三、□復業：自民國 年 月 日起。 | | | | |

申請人簽章（含機關印信）：

申請日期：

中華民國　　年　　月　　日