

表 1

醫療(事)機構開業
 醫事人員執業

南投縣政府衛生局受理 申請書

醫療機構	機構名稱		
	負責人姓名		電話
	高風險個案申請醫療機構開業前管理 <input type="checkbox"/> 近5年有違反醫療法規紀錄 <input type="checkbox"/> 70歲以上之負責人 <input type="checkbox"/> 近2年內同一地點更換負責人1次以上。		
	地 址		
	樓地板面積 _____ 平方公尺		
	設 施 <input type="checkbox"/> 門診手術室 <input type="checkbox"/> 復健治療設施 <input type="checkbox"/> 放射設施 <input type="checkbox"/> 門診診療室____間 <input type="checkbox"/> 檢驗設施 <input type="checkbox"/> 調劑設施 <input type="checkbox"/> 其他：_____設施		
	申請診療科別		病床數 <input type="checkbox"/> 觀察床__床 <input type="checkbox"/> 洗腎床__床 <input type="checkbox"/> 其他：_____床__床
市 招 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 市招符合規定		急救設施 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

醫事人員	機構名稱		
	負責人姓名		機構代碼
	地 址		
	執業類別		姓名
	申請執業科別		出生地
	身分證字號		醫事人員證書字號
	出生日期		畢業學校
	年 月 日		字第 _____ 號
	專科醫師證書字號		專科醫師證書有效期限
字第 _____ 號		自 年 月 日起至 年 月 止	
公會會員號碼		公會登記	
年 月 日			

申請人： _____ 簽章

聯絡電話：

※新設醫療機構預定開業日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日