

表 3

南投縣政府衛生局受理 <input type="checkbox"/> 醫療(事)機構 <input type="checkbox"/> 醫事人員 各項變更申請書			
醫療機構名稱			
負責人姓名		機構代碼	
地 址		電 話	
<b>一、機構</b> <input type="checkbox"/> 機構名稱變更，原 _____ 變更為 _____ <input type="checkbox"/> 診療科別變更，原 _____ 變更為 _____ <input type="checkbox"/> 機構地址變更，原 _____ 變更為 _____ 說明：變更後樓地板面積 _____ 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： _____ <input type="checkbox"/> 病床數變更，原 _____ 床 變更為 _____ 床 <input type="checkbox"/> 其他，原 _____ 變更為 _____ <input type="checkbox"/> 開、執業執照補、換發			
<b>二、人員</b>			
機構名稱		機構代碼	
執業類別		姓 名	
身分證字號		出生日期	年 月 日
醫事人員證書字號	字 第 _____ 號	專科證書字號	字 第 _____ 號
執業科別		執業執照效期	年 月 日
公會登記			
變更登記	<input type="checkbox"/> 執業執照到期更新		
	<input type="checkbox"/> 變更姓名	原 登 記	
	<input type="checkbox"/> 變更科別 <input type="checkbox"/> 其他： _____	變 更 為	
申請人：		簽 章	
聯絡電話：			
地 址：			
申請日期：		年	月 日

▲備註：醫療機構、醫事人員申請變更應備齊資料先至所屬公會辦理。