

表 4

南投縣政府衛生局受理 醫療(事)機構開業 停業 復業申請書
 醫事人員執業

醫療機構	機構名稱			
	負責人姓名		電話	
	地址			
醫事人員	醫事人員類別	<input type="checkbox"/> 醫師(<input type="checkbox"/> 負責醫師 / <input type="checkbox"/> 執業醫師) <input type="checkbox"/> 護理師/士 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師/生 <input type="checkbox"/> 醫事放射師/士 <input type="checkbox"/> 物理治療師/生 <input type="checkbox"/> 諮商心理師 <input type="checkbox"/> 臨床心理師 <input type="checkbox"/> 職能治療師/生 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 助產師/士 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 驗光師/生 <input type="checkbox"/> 公共衛生師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師/生 <input type="checkbox"/> 聽力師 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	姓名		身分證字號	
	機構名稱		機構代碼	
	地址		聯絡電話	
申請事項	<input type="checkbox"/> 停業	日期	自____年____月____日起至____年____月____日止	
		事由	<input type="checkbox"/> 出國進修 <input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 機構內部整修 <input type="checkbox"/> 育嬰留停 <input type="checkbox"/> 休養 <input type="checkbox"/> 出國探親 <input type="checkbox"/> 其它_____	
	<input type="checkbox"/> 復業	日期	自____年____月____日起	
※以下欄位機構負責人停業必填，非機構負責人無需填寫。				
停業期間有無代理負責人： <input type="checkbox"/> 有(請詳填以下代理負責人資料) <input type="checkbox"/> 無(以下無需填寫)				
代理負責人 (或醫師) 姓名		執業場所		
		機構代碼		
執業執照	投縣衛_____執字第_____號			
申請人	(簽名或蓋章)		代辦人	(簽名或蓋章)
申請日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
公會登記	經 辦 人			
	日期		年 月 日	

◆備註：(1)停業應於事實發生日起 30 日內；復業應於事實發生日，檢附機構停業(復業)證明文件，並於機構核章欄蓋章。

(2)聘有代理負責人之醫療院所(或醫事機構)，應另檢附代理負責人本人及其執業機構同意書，另代理負責人應依相關醫事人員法規定，向執業登記所在地之主管機關辦理報備支援事項。

(3)代理負責人應具備相關負責人資格(如：專科醫師資格、2 年醫療院所(醫事機構)負責人資格……)。