

表 4

南投縣政府衛生局受 醫事機構

停業 復業申

請書

| | | | | |
|--|-----------------------------|---|---|---------|
| 醫療機構 | 機構名稱 | | | |
| | 負責人姓名 | | 電話 | |
| | 地址 | | | |
| 醫事人員 | 醫事類別 | <input type="checkbox"/> 醫 (<input type="checkbox"/> 負責醫 / <input type="checkbox"/> 執業醫) <input type="checkbox"/> 護理師/士 <input type="checkbox"/> 藥師 / 生 <input type="checkbox"/> 藥射師 / 士 <input type="checkbox"/> 物理治療 / 生 <input type="checkbox"/> 諮商心理師 <input type="checkbox"/> 臨床心理師 <input type="checkbox"/> 職能治療 / 生 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療 <input type="checkbox"/> 助產師/士 <input type="checkbox"/> 語言治療 <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 | |
| | 職稱 | | 機構碼 | |
| | 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 | |
| <p>※以下欄位機構負責人停業必填，非機構負責人無需填寫。</p> | | | | |
| <p>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)</p> | | | | |
| 代理負責人(或醫)姓名 | | 執業場所 | | |
| | | 機構碼 | | |
| 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)停業應於業發生日起 30 日內；復業應於業發生日，檢附業 (復業)證明文件，並於
機章欄蓋章，向所在地縣主管機申辦。
- (2)聘有代理負責人之機所 (或機)，應另檢附代理負責人本人及其執業機意書，另
代理負責人應依相關機規定，向執業登記所在地之主管機辦理報備支援事
- (3)代理負責人應具備相關負責人資格 (如：專科醫資格、 2 年機所 (機)負責人資格
…)