

**南投縣政府衛生局**  
**受理西藥販賣商變更藥品管理人查檢表**

申請日期：      年      月      日	
申請人：                      執業機構：	
文件名稱	
西藥公會公文	<input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)
藥師(生)公會公文	<input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)
申請書	<input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)
新藥品管理人在職證明 原藥品管理人離職證明	<input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)
販賣業藥商許可執照正本 (正本遺失者應檢附切結書)	<input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)
原藥品管理人(藥師/生)執業執照 正本(正本遺失者應檢附切結書)	<input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)
新藥品管理人(藥師/生)證書影本	<input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)
新藥品管理人(藥師/生)身分證影 本	<input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)
新藥品管理人(藥師/生)近三個月 內2吋光面照片1張	<input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)
規費新台幣1300元整	<input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳
是否需掛號郵寄	<input type="checkbox"/> 是(地址:_____) <input type="checkbox"/> 否

審件者(申請人自行審件)