

## 南投縣政府衛生局

### 醫療器材商換/補照檢核表

| 申請日期： 年 月 日                |   |
|----------------------------|---|
| 申請人： 機構名稱：                 |   |
| 文件名稱                       | 檢核結果  |
| 藥事機構、藥事人員登錄異動申請書           | <input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)                      |
| 負責人身分證正反面影本                | <input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)                      |
| 原醫療器材商許可證<br>(正本遺失者應檢附切結書) | <input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)                      |
| 規費新台幣 1000 元整              | <input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳                           |
| 事務所代辦申請案者，須檢附委託書正本         | <input type="checkbox"/> 檢附 <input type="checkbox"/> 未檢附(補件)                      |
| 是否需掛號郵寄                    | <input type="checkbox"/> 是(地址：_____)<br><input type="checkbox"/> 否(自取，聯繫電話：_____) |

審件者(申請人自行審件)