

醫療(事)機構、醫事人員開(執)業申請書 (第一聯)

檔 號：
保存年限：

醫療(事)機構名稱：

發文日期：_____年_____月_____日

代 號：

發文字號：高市衛 字第 _____ 號

地址：

聯絡電話：

診療科別：

本人親自辦理 簽章：_____

委託代辦 簽章：_____

一、申請：開業 執業 復業 繼續教育屆滿更新 補發 變更 其他

醫 事 人 員	類別	姓名	出生年月日	身分證字號	執業科別	繼續教育證明	2年執業登錄資歷
						<input type="checkbox"/> 有，合計____分(附證明) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(附證明) <input type="checkbox"/> 無
	醫事人員證書字號		專科醫師證書字號		專科醫師證書有效期限		公會會員證字號
	字第 _____ 號	字第 _____ 號	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日	字第 _____ 號		

二、醫療(事)機構登記事項：開業 變更 補發 復業 其他

診所	1. 觀察病床：_____床； 2. 產科病床：_____床； 3. 嬰兒床：_____床； 4. 血液透析床：_____床； 5. 其他：											
醫 院	急性病床		慢性病床		特 殊 病 床			其 他		總床合計		
		許可床數	開放床數		許可床數	開放床數	加護病床	床	安寧病床	床	手術台	台
	一般病床			一般病床			燒傷病床	床	呼吸病床	床	產台	台
	精神病床			精神病床			急診觀察床	床	急性結核病床	床	牙科治療台	台
				結核病床			其他觀察病床	床	精神科加護病床	床	精神科日間照護	人
							嬰兒病床	床	產科病床	床	日間照護人數	人
							手術恢復床	床	腹膜透析病床	床	診療室	間
							嬰兒床	床	呼吸照護中心	床		
						血液透析床	床	呼吸照護病床	床			
總樓地板面積：_____ m ² ；基地面積：_____ m ²												

三、登記事項變更

區分	變 更 事 項	原 登 記 事 項	變 更 後 登 記 事 項
醫療(事)機構	1. <input type="checkbox"/> 醫療機構名稱 2. <input type="checkbox"/> 醫療機構負責人 3. <input type="checkbox"/> 醫療機構法人 4. <input type="checkbox"/> 診療科別 5. <input type="checkbox"/> 救護車數 6. <input type="checkbox"/> 病床數 7. <input type="checkbox"/> 變更開業地點 8. <input type="checkbox"/> 昂貴或具危險性醫療儀器 9. <input type="checkbox"/> 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. <input type="checkbox"/> 樓層平面圖變更 11. <input type="checkbox"/> 其他		
人員	1. <input type="checkbox"/> 執業科別 2. <input type="checkbox"/> 執業地點 3. <input type="checkbox"/> 技術員從業地點名稱 4. <input type="checkbox"/> 其他		

負責醫師

負責()：_____ 申請人：_____ 簽章

年 _____ 月 _____ 日

擬辦：1. 以上 貴院所/台端 申請事項經 本局(衛生局)/本市 _____ 區衛生所 同意登記備查自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起生效。

2. 所領之開業執照應懸掛明顯處，執業期間必須佩戴執業執照，各類醫事人員及醫療機構應依其各相關法規之規定辦理。

正本：

副本：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

第 _____ 層 決 行

承辦單位

會辦單位

決行

醫療(事)機構、醫事人員開(執)業申請書 (第二聯)

醫療(事)機構名稱：
代 號：
地址：
診療科別：

發文日期：_____年_____月_____日
發文字號：高市衛 字第 _____ 號
聯絡電話：
本人親自辦理 簽章：_____
委託代辦 簽章：_____

一、申請：開業 執業 復業 繼續教育屆滿更新 補發 變更 其他

醫 事 人 員	類別	姓名	出生年月日	身分證字號	執業科別	繼續教育證明		2年執業登錄資歷
						<input type="checkbox"/> 有，合計____分(附證明) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有(附證明) <input type="checkbox"/> 無
	醫事人員證書字號		專科醫師證書字號		專科醫師證書有效期限			公會會員證字號
	字第 _____ 號	字第 _____ 號	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日				字第 _____ 號

二、醫療(事)機構登記事項：開業 變更 補發 復業 其他

診所	1. 觀察病床：_____床； 2. 產科病床：_____床； 3. 嬰兒床：_____床； 4. 血液透析床：_____床； 5. 其他：												
醫 院	急 性 病 床			慢 性 病 床			特 殊 病 床			其 他			總床合計
		許可床數	開放床數		許可床數	開放床數	加護病床	床	安寧病床	床	手術台	台	
	一般病床			一般病床			燒傷病床	床	呼吸病床	床	產台	台	
	精神病床			精神病床			急診觀察床	床	急性結核病床	床	牙科治療台	台	
				結核病床			其他觀察病床	床	精神科加護病床	床	精神科日間照護	人	
							嬰兒病床	床	產科病床	床	日間照護人數	人	
							手術恢復床	床	腹膜透析病床	床	診療室	間	
							嬰兒床	床	呼吸照護中心	床			
						血液透析床	床	呼吸照護病床	床				
總樓地板面積：_____ m ² ；基地面積：_____ m ²													

三、登記事項變更

區分	變 更 事 項	原 登 記 事 項	變 更 後 登 記 事 項
醫療(事)機構	1. <input type="checkbox"/> 醫療機構名稱 2. <input type="checkbox"/> 醫療機構負責人 3. <input type="checkbox"/> 醫療機構法人 4. <input type="checkbox"/> 診療科別 5. <input type="checkbox"/> 救護車數 6. <input type="checkbox"/> 病床數 7. <input type="checkbox"/> 變更開業地點 8. <input type="checkbox"/> 昂貴或具危險性醫療儀器 9. <input type="checkbox"/> 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. <input type="checkbox"/> 樓層平面圖變更 11. <input type="checkbox"/> 其他		
人員	1. <input type="checkbox"/> 執業科別 2. <input type="checkbox"/> 執業地點 3. <input type="checkbox"/> 技術員從業地點名稱 4. <input type="checkbox"/> 其他		

負責醫師

負責()：_____ 申請人：_____ 簽章

年 _____ 月 _____ 日

擬辦：1. 以上 貴院所/台端 申請事項經 本局(衛生局)/本市 _____ 區衛生所 同意登記備查自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起生效。

2. 所領之開業執照應懸掛明顯處，執業期間必須佩戴執業執照，各類醫事人員及醫療機構應依其各相關法規之規定辦理。

正本：

副本：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

醫療(事)機構、醫事人員開(執)業申請書 (第三聯)

醫療(事)機構名稱：
代 號：
地址：
診療科別：

發文日期：_____年_____月_____日
發文字號：高市衛 字第 _____ 號
聯絡電話：
本人親自辦理 簽章：_____
委託代辦 簽章：_____

一、申請：開業 執業 復業 繼續教育屆滿更新 補發 變更 其他

醫 事 人 員	類別	姓名	出生年月日	身分證字號	執業科別	繼續教育證明		2年執業登錄資歷
						<input type="checkbox"/> 有，合計____分(附證明) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有(附證明) <input type="checkbox"/> 無
	醫事人員證書字號		專科醫師證書字號		專科醫師證書有效期限			公會會員證字號
	字第 _____ 號	字第 _____ 號	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日				字第 _____ 號

二、醫療(事)機構登記事項：開業 變更 補發 復業 其他

診所	1. 觀察病床：_____床； 2. 產科病床：_____床； 3. 嬰兒床：_____床； 4. 血液透析床：_____床； 5. 其他：												
醫 院	急性病床			慢性病床			特 殊 病 床			其 他		總床合計	
		許可床數	開放床數		許可床數	開放床數	加護病床	床	安寧病床	床	手術台		台
	一般病床			一般病床			燒傷病床	床	呼吸病床	床	產台		台
	精神病床			精神病床			急診觀察床	床	急性結核病床	床	牙科治療台		台
				結核病床			其他觀察病床	床	精神科加護病床	床	精神科日間照護		人
							嬰兒病床	床	產科病床	床	日間照護人數		人
							手術恢復床	床	腹膜透析病床	床	診療室		間
							嬰兒床	床	呼吸照護中心	床			
						血液透析床	床	呼吸照護病床	床				
總樓地板面積：_____ m ² ；基地面積：_____ m ²													

三、登記事項變更

區分	變 更 事 項	原 登 記 事 項	變 更 後 登 記 事 項
醫療(事)機構	1. <input type="checkbox"/> 醫療機構名稱 2. <input type="checkbox"/> 醫療機構負責人 3. <input type="checkbox"/> 醫療機構法人 4. <input type="checkbox"/> 診療科別 5. <input type="checkbox"/> 救護車數 6. <input type="checkbox"/> 病床數 7. <input type="checkbox"/> 變更開業地點 8. <input type="checkbox"/> 昂貴或具危險性醫療儀器 9. <input type="checkbox"/> 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. <input type="checkbox"/> 樓層平面圖變更 11. <input type="checkbox"/> 其他		
人員	1. <input type="checkbox"/> 執業科別 2. <input type="checkbox"/> 執業地點 3. <input type="checkbox"/> 技術員從業地點名稱 4. <input type="checkbox"/> 其他		

負責醫師

負責()：_____ 申請人：_____ 簽章
年 月 日

擬辦：1. 以上 貴院所/台端 申請事項經 本局(衛生局)/本市 _____ 區衛生所 同意登記備查自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起生效。

2. 所領之開業執照應懸掛明顯處，執業期間必須佩戴執業執照，各類醫事人員及醫療機構應依其各相關法規之規定辦理。

正本：

副本：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

第三聯 核定通知聯

本案依分層負責規定授權機關首長判發