

醫療(事)機構、醫事人員歇(停)業申請書 (第一聯)

檔 號：
保存年限：

申請人： 發文日期：_____年_____月_____日
通訊地址： 發文字號：高市衛 字第 _____ 號
聯絡電話：

申請 醫療(事)機構 歇業 本人親自辦理 簽章：_____
 醫事人員 停業 委託代辦 簽章：_____

醫療(事) 機 構	名稱	負責醫師 負責() 姓 名	醫事人員 證書字號	第 _____ 號
	代號			
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照	高市衛 字第 _____ 號	醫事人員 證書字號	第 _____ 號
		高市衛 字第 _____ 號		
歇業日期	年 _____ 月 _____ 日	停業日期	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止
負責醫師： 負責()		申 請 人： 身分證字號： 年 _____ 月 _____ 日		

衛生局 審核如下：
本市 區衛生所

貴院所 申請註銷 開業 診所
 台端 執業 於 醫院 乙案，業於 _____ 年 _____ 月 _____ 日核准，

開業執照 (高市衛 _____ 字第 _____ 號) 收繳作廢。
原領 執業執照 (高市衛 _____ 護師服 _____ 字第 _____ 號) 收繳作廢。

貴院所 申請自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止停業，同意備查。
 台端

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、醫事人員歇(停)業申請書 (第二聯)

申請人：

發文日期：_____年_____月_____日

通訊地址：

發文字號：高市衛 字第 _____ 號

聯絡電話：

申請 醫療(事)機構 歇業 本人親自辦理 簽章：_____

醫事人員 停業 委託代辦 簽章：_____

醫療(事) 機 構	名稱			負責醫師 負責() 姓 名		
	代號					
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照	高市衛 字第 _____ 號	醫事人員	證書字號	字第 _____ 號	
		高市衛 字第 _____ 號	證書字號			
歇業日期	年 _____ 月 _____ 日	停業日期	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止		
負責醫師： 負責()		申請人： 身分證字號：		年 _____ 月 _____ 日		

衛生局
本市 區衛生所 審核如下：

貴院所 申請註銷 開業 診所
 台端 執業 於 醫院 乙案，業於 _____ 年 _____ 月 _____ 日核准，

開業執照 (高市衛 _____ 字第 _____ 號) 收繳作廢。

原領 執業執照 (高市衛 _____ 護師服 _____ 字第 _____ 號) 收繳作廢。

貴院所 申請自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止停業，同意備查。
 台端

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、醫事人員歇(停)業申請書 (第三聯)

申請人：

發文日期：_____年_____月_____日

通訊地址：

發文字號：高市衛 字第 _____ 號

聯絡電話：

申請 醫療(事)機構 歇業 本人親自辦理 簽章：_____

醫事人員 停業 委託代辦 簽章：_____

醫療(事) 機 構	名稱		負責醫師 負責() 姓 名	
	代號			
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照	高市衛 字第 _____ 號	醫事人員 證書字號	_____ 字第 _____ 號
		高市衛 字第 _____ 號		
歇業日期	年 _____ 月 _____ 日	停業日期	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止
負責醫師： 負責()		申請人： 身分證字號： _____ 年 _____ 月 _____ 日		

本市 衛生局 區衛生所 審核如下：

貴院所 申請註銷 開業 診所
 台端 執業 於 醫院 乙案，業於 _____ 年 _____ 月 _____ 日核准，

開業執照 (高市衛 _____ 字第 _____ 號) 收繳作廢。

原領 執業執照 (高市衛 護師服 _____ 字第 _____ 號) 收繳作廢。

貴院所 申請自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止停業，同意備查。
 台端

正本：

副本：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組