

醫療(事)機構、醫事人員、開(執)業登記事項申請書(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：

本人親自辦理 簽章：_____

診療科別：

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
	一般病床	一般病床	燒 傷 病 床	床 呼 吸 病 床	床 產 科 病 床	床 牙 科 治 療 台	台
	精神病床	精神病床	急 診 觀 察 床	床 急 性 結 核 病 床	床 精 神 科 加 護 病 床	床 精 神 科 日 間 照 護	人
		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	床 日 間 照 護 人 數	人
			嬰 兒 病 床	床 產 科 病 床	床 日 間 照 護 人 數	床 日 間 照 護 人 數	人
			手 術 恢 復 床	床 腹 膜 透 析 病 床	床 診 療 室	床 診 療 室	間
			嬰 兒 床	床 呼 吸 照 護 中 心	床	床	
			血 液 透 析 床	床 呼 吸 照 護 病 床	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. 以上台 _____ 端申請事項經本市 _____ 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)業登記事項申請書 (第二聯)

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 字第 _____ 號		專科醫師證書字號 字第 _____ 號		專科醫師證書有效期限 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日	公會會員證字號 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	安寧病床	手術台	台	床		
	一般病床		一般病床		燒傷病床	呼吸病床	產台	台			
	精神病床		精神病床		急診觀察床	急性結核病床	牙科治療台	台			
			結核病床		其他觀察病床	精神科加護病床	精神科日間照護	人			
					嬰兒病床	產科病床	日間照護人數	人			
					手術恢復床	腹膜透析病床	診療室	間			
					嬰兒床	呼吸照護中心	床				
					血液透析床	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. 以上台端申請事項經本市(衛生局)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)業登記事項申請書 (第三聯)

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 字第 _____ 號		專科醫師證書字號 字第 _____ 號		專科醫師證書有效期限 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日	公會會員證字號 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	安寧病床	手術台	台	床		
	一般病床		一般病床		燒傷病床	呼吸病床	產台	台			
	精神病床		精神病床		急診觀察床	急性結核病床	牙科治療台	台			
			結核病床		其他觀察病床	精神科加護病床	精神科日間照護	人			
					嬰兒病床	產科病床	日間照護人數	人			
					手術恢復床	腹膜透析病床	診療室	間			
					嬰兒床	呼吸照護中心	床				
					血液透析床	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. 以上台端申請事項經本市(衛生局)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