

高雄市 區藥事機構、藥事人員申請案件登記事項申請書

藥局(商)名稱：

發文日期及字號：

地址：

負責人及其身分證統一編號：

機構代號：

聯絡電話：

收件日期：

一、藥事機構設立申請登記事項：

| | | | | | | | |
|--------|-----------------------------|--|----|-------|------|---------|----|
| 申請種類 | <input type="checkbox"/> 籌設 | <input type="checkbox"/> 製造業 (<input type="checkbox"/> 中藥 <input type="checkbox"/> 西藥 <input type="checkbox"/> 醫療器材) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 設立 | <input type="checkbox"/> 販賣業 (<input type="checkbox"/> 中藥 <input type="checkbox"/> 西藥 <input type="checkbox"/> 醫療器材 <input type="checkbox"/> 化粧品色素【本項須單獨申請許可執照】) | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 藥局 (<input type="checkbox"/> 西藥調劑、供應 <input type="checkbox"/> 西藥零售 <input type="checkbox"/> 中藥調劑、供應 <input type="checkbox"/> 中藥零售) | | | | | |
| 負責人 | | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 證書字號 | 身分證統一編號 | 地址 |
| 聘請執業人員 | | | | | | | |

二、登記事項變更申請：

| | 變 更 事 項 | 原 登 記 事 項 | 變 更 後 登 記 事 項 |
|------|--|-----------|---------------|
| 藥事機構 | 一 <input type="checkbox"/> 商號名稱 二 <input type="checkbox"/> 負責人 (請附新負責人身分証影本) 三 <input type="checkbox"/> 營業項目 四 <input type="checkbox"/> 營業地址 五 <input type="checkbox"/> 其他 | | |
| 執業人員 | 一 <input type="checkbox"/> 執業機構名稱 二 <input type="checkbox"/> 藥品管理人 (請填寫第四項) 三 <input type="checkbox"/> 執業地點 四 <input type="checkbox"/> 其他 | | |

三、藥局(商)異動申請登記事項：

| | 異 動 事 項 | 原 因 |
|------|--|-----|
| 藥事機構 | 一 <input type="checkbox"/> 停業：自民國__年__月__日至__年__月__日 (不超過一年)計__個月__天 二 <input type="checkbox"/> 歇業：自民國__年__月__日起。 三 <input type="checkbox"/> 復業：自民國__年__月__日起。 四 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 換發 原發証日期：民國__年__月__日 | |

四、藥品管理人：

| 異動事項 | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 證書字號 | 身分證統一編號 | 執業或註銷地點 |
|--|----|----|-------|------|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> 執業 <input type="checkbox"/> 註銷 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 執業 <input type="checkbox"/> 註銷 | | | | | | |

負責人 簽章
 經理人 簽章
 中華民國 年 月 日

以上申請事項經本府審核結果如下：

- 經核符合規定，准予 設立 變更 停復歇業，原領 藥局 藥販 化色販 () 字第 _____ 號，及 藥師 (藥字第 _____ 號) 藥劑生 (生字第 _____ 號)，執業執照(高市衛藥 藥師 藥劑生字第 _____ 號)同時收繳作廢。
- 檢發 藥局執照(藥局字第 _____ 號) 藥商許可執照(高市衛藥販字第 _____ 號) 色素販賣業許可執照(高市衛化色販字第 _____ 號) 及 藥師 (藥字第 _____ 號) 藥劑生(生字第 _____ 號)，執業執照(高市衛藥 藥師 藥劑生字第 _____ 號)各乙張及衛生事業規費收據各乙紙，請查收，並請將上揭 藥局執照 藥商許可執照 色素販賣業許可執照懸掛在營業場所明顯位置。
- 收到藥商許可執照後，請即向高雄市政府建設局辦理申領營利事業登記證。
- 其他有關事項，請依照藥事法及其施行細則、藥師法及其施行細則，藥事機構設置標準暨相關法令規定辦理。

正本：

副本：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

批示：

擬辦： 經核符合規定，准予登記
 不符合規定，檢還原件

高雄市 區藥事機構、藥事人員申請案件登記事項申請書

藥局(商)名稱：

發文日期及字號：

地址：

負責人及其身分證統一編號：

機構代號：

聯絡電話：

收件日期：

一、藥事機構設立申請登記事項：

| | | | | | | | |
|--------|-----------------------------|--|----|-------|------|---------|----|
| 申請種類 | <input type="checkbox"/> 籌設 | <input type="checkbox"/> 製造業 (<input type="checkbox"/> 中藥 <input type="checkbox"/> 西藥 <input type="checkbox"/> 醫療器材) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 設立 | <input type="checkbox"/> 販賣業 (<input type="checkbox"/> 中藥 <input type="checkbox"/> 西藥 <input type="checkbox"/> 醫療器材 <input type="checkbox"/> 化粧品色素【本項須單獨申請許可執照】) | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 藥局 (<input type="checkbox"/> 西藥調劑、供應 <input type="checkbox"/> 西藥零售 <input type="checkbox"/> 中藥調劑、供應 <input type="checkbox"/> 中藥零售) | | | | | |
| 負責人 | | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 證書字號 | 身分證統一編號 | 地址 |
| 聘請執業人員 | | | | | | | |

二、登記事項變更申請：

| | 變 更 事 項 | 原 登 記 事 項 | 變 更 後 登 記 事 項 |
|------|--|-----------|---------------|
| 藥事機構 | 一 <input type="checkbox"/> 商號名稱 二 <input type="checkbox"/> 負責人 (請附新負責人身分証影本) 三 <input type="checkbox"/> 營業項目 四 <input type="checkbox"/> 營業地址 五 <input type="checkbox"/> 其他 | | |
| 執業人員 | 一 <input type="checkbox"/> 執業機構名稱 二 <input type="checkbox"/> 藥品管理人 (請填寫第四項) 三 <input type="checkbox"/> 執業地點 四 <input type="checkbox"/> 其他 | | |

三、藥局(商)異動申請登記事項：

| | 異 動 事 項 | 原 因 |
|------|--|-----|
| 藥事機構 | 一 <input type="checkbox"/> 停業：自民國__年__月__日至__年__月__日 (不超過一年)計__個月__天 二 <input type="checkbox"/> 歇業：自民國__年__月__日起。 三 <input type="checkbox"/> 復業：自民國__年__月__日起。 四 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 換發 原發証日期：民國__年__月__日 | |

四、藥品管理人：

| 異動事項 | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 證書字號 | 身分證統一編號 | 執業或註銷地點 |
|--|----|----|-------|------|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> 執業 <input type="checkbox"/> 註銷 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 執業 <input type="checkbox"/> 註銷 | | | | | | |

負責人 簽章
 經理人 簽章
 中華民國 年 月 日

以上申請事項經本府審核結果如下：

- 經核符合規定，准予 設立 變更 停復歇業，原領 藥局 藥販 化色販 () 字第 _____ 號，及 藥師 (藥字第 _____ 號) 藥劑生 (生字第 _____ 號)，執業執照(高市衛藥 藥師 藥劑生字第 _____ 號)同時收繳作廢。
- 檢發 藥局執照(藥局字第 _____ 號) 藥商許可執照(高市衛藥販字第 _____ 號) 色素販賣業許可執照(高市衛化色販字第 _____ 號) 及 藥師 (藥字第 _____ 號) 藥劑生(生字第 _____ 號)，執業執照(高市衛藥 藥師 藥劑生字第 _____ 號)各乙張及衛生事業規費收據各乙紙，請查收，並請將上揭 藥局執照 藥商許可執照 色素販賣業許可執照懸掛在營業場所明顯位置。
- 收到藥商許可執照後，請即向高雄市政府建設局辦理申領營利事業登記證。
- 其他有關事項，請依照藥事法及其施行細則、藥師法及其施行細則，藥事機構設置標準暨相關法令規定辦理。

正本：
副本：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

第二聯 核定通知聯

高雄市 區藥事機構、藥事人員申請案件登記事項申請書

藥局(商)名稱：

發文日期及字號：

地址：

負責人及其身分證統一編號：

機構代號：

聯絡電話：

收件日期：

一、藥事機構設立申請登記事項：

| | | | | | | | |
|--------|-----------------------------|--|----|-------|------|---------|----|
| 申請種類 | <input type="checkbox"/> 籌設 | <input type="checkbox"/> 製造業 (<input type="checkbox"/> 中藥 <input type="checkbox"/> 西藥 <input type="checkbox"/> 醫療器材) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 設立 | <input type="checkbox"/> 販賣業 (<input type="checkbox"/> 中藥 <input type="checkbox"/> 西藥 <input type="checkbox"/> 醫療器材 <input type="checkbox"/> 化粧品色素【本項須單獨申請許可執照】) | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 藥局 (<input type="checkbox"/> 西藥調劑、供應 <input type="checkbox"/> 西藥零售 <input type="checkbox"/> 中藥調劑、供應 <input type="checkbox"/> 中藥零售) | | | | | |
| 負責人 | | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 證書字號 | 身分證統一編號 | 地址 |
| 聘請執業人員 | | | | | | | |

二、登記事項變更申請：

| | 變 更 事 項 | 原 登 記 事 項 | 變 更 後 登 記 事 項 |
|------|--|-----------|---------------|
| 藥事機構 | 一 <input type="checkbox"/> 商號名稱 二 <input type="checkbox"/> 負責人 (請附新負責人身分証影本) 三 <input type="checkbox"/> 營業項目 四 <input type="checkbox"/> 營業地址 五 <input type="checkbox"/> 其他 | | |
| 執業人員 | 一 <input type="checkbox"/> 執業機構名稱 二 <input type="checkbox"/> 藥品管理人 (請填寫第四項) 三 <input type="checkbox"/> 執業地點 四 <input type="checkbox"/> 其他 | | |

三、藥局(商)異動申請登記事項：

| | 異 動 事 項 | 原 因 |
|------|--|-----|
| 藥事機構 | 一 <input type="checkbox"/> 停業：自民國__年__月__日至__年__月__日 (不超過一年)計__個月__天 二 <input type="checkbox"/> 歇業：自民國__年__月__日起。 三 <input type="checkbox"/> 復業：自民國__年__月__日起。 四 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 換發 原發証日期：民國__年__月__日 | |

四、藥品管理人：

| 異動事項 | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 證書字號 | 身分證統一編號 | 執業或註銷地點 |
|--|----|----|-------|------|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> 執業 <input type="checkbox"/> 註銷 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 執業 <input type="checkbox"/> 註銷 | | | | | | |

負責人 簽章
 管理人 簽章 公司章
 中華民國 年 月 日

以上申請事項經本府審核結果如下：

- 經核符合規定，准予 設立 變更 停復歇業，原領 藥局 藥販 化色販 () 字第 _____ 號，及 藥師 (藥字第 _____ 號) 藥劑生 (生字第 _____ 號)，執業執照(高市衛藥 藥師 藥劑生字第 _____ 號) 同時收繳作廢。
- 檢發 藥局執照(藥局字第 _____ 號) 藥商許可執照(高市衛藥販字第 _____ 號) 色素販賣業許可執照(高市衛化色販字第 _____ 號) 及 藥師 (藥字第 _____ 號) 藥劑生(生字第 _____ 號)，執業執照(高市衛藥 藥師 藥劑生字第 _____ 號) 各乙張及衛生事業規費收據各乙紙，請查收，並請將上揭 藥局執照 藥商許可執照 色素販賣業許可執照 懸掛在營業場所明顯位置。
- 收到藥商許可執照後，請即向高雄市政府建設局辦理申領營利事業登記證。
- 其他有關事項，請依照藥事法及其施行細則、藥師法及其施行細則，藥事機構設置標準暨相關法令規定辦理。

正本：

副本：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

第三聯 知會聯