

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：  
通訊地址：

發文日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
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"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	高市衛 字第 _____ 號	醫事人員	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 至	年 月 日起 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 開業 醫院  
申請註銷 於 乙案，業於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日核准，  
 台 端 執業 診所

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。  
執

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"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	高市衛 字第 _____ 號	醫事人員	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 至	年 月 日起	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 於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日核准，  
執業

醫院  
診所

乙案，業於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日核准，

台端

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"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	高市衛 字第 _____ 號	醫事人員 證書字號	_____ 號		
	高市衛 字第 _____ 號		_____ 號		
歇業日期	年 月 日	停業日期	自 至	年 月 日起 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 開業 醫院 乙案，業於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日核准，  
 申請註銷 於 \_\_\_\_\_ 執業 診所  
 台端 執業  
 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