

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：

☐ 本人親自辦理 簽章：_____

診療科別：

☐委託代辦

☐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
						☐ 有，合計____分（附證明） ☐ 無	☐ 有（附證明） ☐ 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. ☐ 醫療機構名稱 2. ☐ 醫療機構負責人 3. ☐ 醫療機構法人 4. ☐ 診療科別 5. ☐ 救護車數 6. ☐ 病床數 7. ☐ 變更開業地點 8. ☐ 昂貴或具危險性醫療儀器 9. ☐ 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. ☐ 樓層平面圖變更 11. ☐ 其他		
人員	1. ☐ 執業科別 2. ☐ 執業地點 3. ☐ 技術員從業地點名稱 4. ☐ 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
						☐ 有，合計____分（附證明） ☐ 無	☐ 有（附證明） ☐ 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	床
	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. ☐ 醫療機構名稱 2. ☐ 醫療機構負責人 3. ☐ 醫療機構法人 4. ☐ 診療科別 5. ☐ 救護車數 6. ☐ 病床數 7. ☐ 變更開業地點 8. ☐ 昂貴或具危險性醫療儀器 9. ☐ 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. ☐ 樓層平面圖變更 11. ☐ 其他		
人 員	1. ☐ 執業科別 2. ☐ 執業地點 3. ☐ 技術員從業地點名稱 4. ☐ 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
						☐ 有，合計____分（附證明） ☐ 無	☐ 有（附證明） ☐ 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. ☐ 醫療機構名稱 2. ☐ 醫療機構負責人 3. ☐ 醫療機構法人 4. ☐ 診療科別 5. ☐ 救護車數 6. ☐ 病床數 7. ☐ 變更開業地點 8. ☐ 昂貴或具危險性醫療儀器 9. ☐ 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. ☐ 樓層平面圖變更 11. ☐ 其他		
人 員	1. ☐ 執業科別 2. ☐ 執業地點 3. ☐ 技術員從業地點名稱 4. ☐ 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