

醫療(事)機構、醫事人員歇(停)業登記事項申請書(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		
	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 於 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 執 \_\_\_\_\_ 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)業登記事項申請書 (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						
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 於 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 執 \_\_\_\_\_ 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)業登記事項申請書 (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	醫事人員 證書字號	字第 _____ 號
	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	字第 _____ 號	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 於 \_\_\_\_\_ 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

