

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
 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"/> 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"/> 設立	<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	<input type="checkbox"/> 商號名稱 <input type="checkbox"/> 負責人(請附新負責人身分証影本) <input type="checkbox"/> 營業項目 <input type="checkbox"/> 營業地址 <input type="checkbox"/> 其他		
執 業 人 員	<input type="checkbox"/> 執業機構名稱 <input type="checkbox"/> 藥品管理人(請填寫第四項) <input type="checkbox"/> 執業地點 <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	<input type="checkbox"/> 停業：自民國__年__月__日至__年__月__日 (不超過一年)計__個月__天 <input type="checkbox"/> 歇業：自民國__年__月__日起。 <input type="checkbox"/> 復業：自民國__年__月__日起。 <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						

負責人 簽章
 管理人 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