

檔 號：
保存年限：

醫療(事)機構
醫 事 人 員 歇(停)業申請書 (第1聯)

申請人：
通訊地址：

發文字號：
發文日期：____年____月____日
聯絡電話：

申請 醫療(事)機構 歇業
 醫事人員 停業

醫療(事)機構	名稱			負責醫師	
	代號			負責()	
原領 <input type="checkbox"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	衛 字 第		醫事人員	字 號	
	號		證書字號		
歇業日期	自 年 月 日起	停業日期	自 年 月 日起	至 年 月 日止	
負責醫師： 負責()			申請人： 身份證字號： 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 醫院 乙案，業於 年 月 日核准，
 台端 執業 診所

原領 開業執照 (衛 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： 衛生局(所)、行政院衛生署中央健康保險局高屏業務組、 市 公會、本局醫政事務科。

第 層 決 行

承辦單位

會辦單位

決行

檔 號：
保存年限：

醫療(事)機構
醫 事 人 員 歇(停)業申請書 (第2聯)

申請人：
通訊地址：

發文字號：
發文日期：_____年_____月_____日
聯絡電話：

申請 醫療(事)機構 歇業
 醫事人員 停業

醫療(事) 機 構	名 稱	衛 字 第 號	負 責 醫 師 負 責() 姓 名	字 號
	代 號		醫 事 人 員 證 書 字 號	
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照			
歇業日期	自 年 月 日起	停業日期	自 年 月 日起 至 年 月 日止	
負責醫師： 負責()		申請人： 身份證字號： 年 月 日		

衛生局 審核如下：
本市 區衛生所

貴院所 開業 醫院
 台 端 申請註銷 執業 於 乙案，業於 年 月 日核准，
診所

原領 開
 執 業執照 (衛 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： 衛生局(所)、行政院衛生署中央健康保險局高屏業務組、 市 公會、本局醫政事務科。

檔 號：
保存年限：

醫療(事)機構
醫 事 人 員 歇(停)業申請書 (第3聯)

申請人：
通訊地址：

發文字號：
發文日期：____年____月____日
聯絡電話：

申請 醫療(事)機構 歇業
 醫事人員 停業

醫療(事) 機 構	名 稱	衛 字 第 號	負 責 醫 師 負 責() 姓 名	字 號
	代 號		醫 事 人 員 證 書 字 號	
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照			
歇業日期	自 年 月 日起	停業日期	自 年 月 日起 至 年 月 日止	
負責醫師： 負責()		申請人： 身份證字號： 年 月 日		

衛生局 審核如下：
本市 區衛生所

貴院所 開業 醫院
 台 端 申請註銷 執業 於 乙案，業於 年 月 日核准，
診所

原領 開
 執 業執照 (衛 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： 衛生局(所)、行政院衛生署中央健康保險局高屏業務組、 市 公會、本局醫政事務科。

檔 號：
保存年限：

醫療(事)機構
醫 事 人 員 歇(停)業申請書 (第4聯)

申請人：
通訊地址：

發文字號：
發文日期：____年____月____日
聯絡電話：

申請 醫療(事)機構 歇業
 醫事人員 停業

醫療(事) 機 構	名 稱	衛 字 第 號	負 責 醫 師 負 責() 姓 名	字 號
	代 號		醫 事 人 員 證 書 字 號	
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照			
歇業日期	自 年 月 日起	停業日期	自 年 月 日起 至 年 月 日止	
負責醫師： 負責()		申請人： 身份證字號： 年 月 日		

衛生局 審核如下：
本市 區衛生所

貴院所 開業 醫院
 台 端 申請註銷 執業 於 乙案，業於 年 月 日核准，
診所

原領 開
 執 業執照 (衛 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： 衛生局(所)、行政院衛生署中央健康保險局高屏業務組、 市 公會、本局醫政事務科。

檔 號：
保存年限：

醫療(事)機構
醫 事 人 員 歇(停)業申請書 (第5聯)

申請人：
通訊地址：

發文字號：
發文日期：____年____月____日
聯絡電話：

申請 醫療(事)機構 歇業
 醫事人員 停業

醫療(事) 機 構	名 稱	衛 字 第 號	負 責 醫 師 負 責()	字 號
	代 號		姓 名	
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照	衛 字 第 號	醫 事 人 員 證 書 字 號	字 號
歇業日期	自 年 月 日起	停業日期	自 年 月 日起	至 年 月 日止
負責醫師： 負責()		申請人： 身份證字號： 年 月 日		

衛生局 審核如下：
本市 區衛生所

貴院所 開業 醫院
 台 端 申請註銷 執業 於 乙案，業於 年 月 日核准，
原領 開 業執照(衛 字第 號) 收繳作廢。
 台 端 申請自 年 月 日起至 年 月 日止停業，同意備查。

正本：
副本： 衛生局(所)、行政院衛生署中央健康保險局高屏業務組、 市 公會、本局醫政事務科。