

檔號：  
保存年限：

# 醫療（事）機構、醫事人員、開（執）業登記事項申請書（第1聯）

醫事機構名稱：

發文日期：

代號：

發文字號：

地址：

醫事機構負責人：

診療科別：

聯絡電話：

收件日期及收件人：

一、申請：開業 執業 換發 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
						<input type="checkbox"/> 有，合計____分(附證明) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(附證明) <input type="checkbox"/> 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
	字號		字號		自 年 月 日至 年 月 日		字號

二、醫事機構登記事項：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.洗腎床：____； 5.其他：_____										
醫院	急性病床		慢性病床		特		殊		病		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	嬰兒病床	床	日間病床	床	床
	一般病床		一般病床		燒傷病床	床	嬰兒床	床	精神科日間照護	床	
	精神病床		精神病床		急診觀察床	床	洗腎治療床	床		床	
			結核病床		其他觀察病床	床	手術恢復床	床		床	
總樓地板面積：		m <sup>2</sup> ；				基地面積：				m <sup>2</sup>	

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
醫事機構	1. <input type="checkbox"/> 醫療機構名稱 2. <input type="checkbox"/> 醫療機構負責人 3. <input type="checkbox"/> 醫療機構法人 4. <input type="checkbox"/> 診療科別 5. <input type="checkbox"/> 救護車數 6. <input type="checkbox"/> 病床數 7. <input type="checkbox"/> 變更開業地點 8. <input type="checkbox"/> 昂貴或具危險性醫療儀器 9. <input type="checkbox"/> 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. <input type="checkbox"/> 樓層平面圖變更 11. <input type="checkbox"/> 其他		
人員	1. <input type="checkbox"/> 執業科別 2. <input type="checkbox"/> 執業地點 3. <input type="checkbox"/> 技術員從業地點名稱 4. <input type="checkbox"/> 其他		

四、醫事人員報備

(報備3位以上醫事人員，請依下列格式自行製表造冊1式5份)

姓名	身分證字號	醫事人員執業執照字號	執業執照科別	期	間	時	段	執行業務機構名稱地址及院所代號
		字第 號	衛 字		自 年 月 日	每週	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上	
		字第 號	衛 字		至 年 月 日	共	診次	
		字第 號	衛 字		自 年 月 日	每週	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上	
		字第 號	衛 字		至 年 月 日	共	診次	

負責人：

簽章

申請人：

簽章

擬辦：1.以上貴院所申請事項經本局(衛生局)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，執業期間必須佩帶執業執照，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：

衛生局(所)、中央健康保險局高屏分局、

縣(市)

公會。

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、開（執）業登記事項申請書（第2聯）

醫事機構名稱：

發文日期：

代號：

發文字號：

地址：

醫事機構負責人：

診療科別：

聯絡電話：

收件日期及收件人：

一、申請：開業 執業 換發 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
						<input type="checkbox"/> 有，合計____分(附證明) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(附證明) <input type="checkbox"/> 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
	字號		字號		自 年 月 日至 年 月 日		字號

二、醫事機構登記事項：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.洗腎床：____； 5.其他：_____										
醫院	急性病床		慢性病床		特		殊		病		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	嬰兒病床	床	日間病床	床	床
	一般病床		一般病床		燒傷病床	床	嬰兒床	床	精神科日間照護	床	
	精神病床		精神病床		急診觀察床	床	洗腎治療床	床		床	
			結核病床		其他觀察病床	床	手術恢復床	床		床	
總樓地板面積：		m <sup>2</sup> ；				基地面積：				m <sup>2</sup>	

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
醫事機構	1. <input type="checkbox"/> 醫療機構名稱 2. <input type="checkbox"/> 醫療機構負責人 3. <input type="checkbox"/> 醫療機構法人 4. <input type="checkbox"/> 診療科別 5. <input type="checkbox"/> 救護車數 6. <input type="checkbox"/> 病床數 7. <input type="checkbox"/> 變更開業地點 8. <input type="checkbox"/> 昂貴或具危險性醫療儀器 9. <input type="checkbox"/> 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. <input type="checkbox"/> 樓層平面圖變更 11. <input type="checkbox"/> 其他		
人員	1. <input type="checkbox"/> 執業科別 2. <input type="checkbox"/> 執業地點 3. <input type="checkbox"/> 技術員從業地點名稱 4. <input type="checkbox"/> 其他		

四、醫事人員報備

(報備3位以上醫事人員，請依下列格式自行製表造冊1式5份)

姓名	身分證字號	醫事人員執業執照字號	執業執照科別	期間	時間	執行業務機構名稱地址及院所代號
		字第 號	衛 字 號	自 年 月 日 至 年 月 日	每週 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 共 診次	
		字第 號	衛 字 號	自 年 月 日 至 年 月 日	每週 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 共 診次	

負責人：

簽章

申請人：

簽章

擬辦：1.以上貴院所申請事項經本局(衛生局)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，執業期間必須佩帶執業執照，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：

衛生局(所)、中央健康保險局高屏分局、

縣(市)

公會。

檔號：  
保存年限：

### 醫療（事）機構、醫事人員、開（執）業登記事項申請書（第3聯）

醫事機構名稱：

發文日期：

代號：

發文字號：

地址：

醫事機構負責人：

診療科別：

聯絡電話：

收件日期及收件人：

一、申請：開業 執業 換發 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
						<input type="checkbox"/> 有，合計____分(附證明) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(附證明) <input type="checkbox"/> 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
	字號		字號		自 年 月 日至 年 月 日		字號

二、醫事機構登記事項：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.洗腎床：____； 5.其他：_____										
醫院	急性病床		慢性病床		特		殊		病		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	嬰兒病床	床	日間病床	床	床
	一般病床		一般病床		燒傷病床	床	嬰兒床	床	精神科日間照護	床	
	精神病床		精神病床		急診觀察床	床	洗腎治療床	床		床	
			結核病床		其他觀察病床	床	手術恢復床	床		床	
總樓地板面積：		m <sup>2</sup> ；				基地面積：				m <sup>2</sup>	

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
醫事機構	1. <input type="checkbox"/> 醫療機構名稱 2. <input type="checkbox"/> 醫療機構負責人 3. <input type="checkbox"/> 醫療機構法人 4. <input type="checkbox"/> 診療科別 5. <input type="checkbox"/> 救護車數 6. <input type="checkbox"/> 病床數 7. <input type="checkbox"/> 變更開業地點 8. <input type="checkbox"/> 昂貴或具危險性醫療儀器 9. <input type="checkbox"/> 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. <input type="checkbox"/> 樓層平面圖變更 11. <input type="checkbox"/> 其他		
人員	1. <input type="checkbox"/> 執業科別 2. <input type="checkbox"/> 執業地點 3. <input type="checkbox"/> 技術員從業地點名稱 4. <input type="checkbox"/> 其他		

四、醫事人員報備

(報備3位以上醫事人員，請依下列格式自行製表造冊1式5份)

姓名	身分證字號	醫事人員執業執照字號	執業執照科別	期間	時間	執行業務機構名稱地址及院所代號
		字第 號	衛 字 號	自 年 月 日 至 年 月 日	每週 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 共 診次	
		字第 號	衛 字 號	自 年 月 日 至 年 月 日	每週 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 共 診次	

負責人：

簽章

申請人：

簽章

擬辦：1.以上貴院所申請事項經本局(衛生局)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，執業期間必須佩帶執業執照，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：

衛生局(所)、中央健康保險局高屏分局、

縣(市)

公會。

檔 號：  
保存年限：

## 醫療（事）機構、醫事人員、開（執）業登記事項申請書（第4聯）

醫事機構名稱：

發 文 日 期：

代 號：

發 文 字 號：

地 址：

醫事機構負責人：

診療科別：

聯 絡 電 話：

收件日期及收件人：

一、申請：開業 執業 換發 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
						<input type="checkbox"/> 有，合計____分(附證明) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(附證明) <input type="checkbox"/> 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	號	字	號	自 年 月 日 至 年 月 日	字 號	

二、醫事機構登記事項：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.洗腎床：_____； 5.其他：_____									
醫 院	急 性 病 床		慢 性 病 床		特 殊 病 床			總床合計		
	許可床數	開放床數	許可床數	開放床數	加護病床	床嬰兒病床	床日間病床	床	床	
	一般病床		一般病床		燒傷病床	床嬰兒床	床精神科日間照護	床		
	精神病床		精神病床		急診觀察床	床洗腎治療床	床	床		
		結核病床		其他觀察病床	床手術恢復床	床	床			
總樓地板面積：		m <sup>2</sup> ；			基地面積：			m <sup>2</sup>		

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 事 機 構	1. <input type="checkbox"/> 醫療機構名稱 2. <input type="checkbox"/> 醫療機構負責人 3. <input type="checkbox"/> 醫療機構法人 4. <input type="checkbox"/> 診療科別 5. <input type="checkbox"/> 救護車數 6. <input type="checkbox"/> 病床數 7. <input type="checkbox"/> 變更開業地點 8. <input type="checkbox"/> 昂貴或具危險性醫療儀器 9. <input type="checkbox"/> 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. <input type="checkbox"/> 樓層平面圖變更 11. <input type="checkbox"/> 其他		
人 員	1. <input type="checkbox"/> 執業科別 2. <input type="checkbox"/> 執業地點 3. <input type="checkbox"/> 技術員從業地點名稱 4. <input type="checkbox"/> 其他		

四、醫事人員報備

(報備3位以上醫事人員，請依下列格式自行製表造冊1式5份)

姓 名	身分證字號	醫 事 人 員 執 業 執 照 科 別	期 間	時 段	執行業務機構名稱 地址及院所代號
	字第 號	衛 字 號	自 年 月 日 至 年 月 日	每週 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 共 診次	
	字第 號	衛 字 號	自 年 月 日 至 年 月 日	每週 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 共 診次	

負責人：

簽章

申請人：

簽章

擬辦：1.以上 貴院所申請事項經本局(衛生局)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，執業期間必須佩帶執業執照，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：

衛生局(所)、中央健康保險局高屏分局、

縣(市)

公會。

檔 號：  
保存年限：

# 醫療（事）機構、醫事人員、開（執）業登記事項申請書（第5聯）

醫事機構名稱：

發 文 日 期：

代 號：

發 文 字 號：

地 址：

醫事機構負責人：

診療科別：

聯 絡 電 話：

收件日期及收件人：

一、申請：開業 執業 換發 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
						<input type="checkbox"/> 有，合計____分(附證明) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(附證明) <input type="checkbox"/> 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 號		字 號		自 年 月 日至 年 月 日		字 號

二、醫事機構登記事項：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.洗腎床：____； 5.其他：_____									
醫 院	急 性 病 床		慢 性 病 床		特 殊 病 床		特 殊 病 床			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	嬰兒病床	床	日間病床	床
	一般病床		一般病床		燒傷病床	床	嬰兒床	床	精神科日間照護	床
	精神病床		精神病床		急診觀察床	床	洗腎治療床	床		床
		結核病床		其他觀察病床	床	手術恢復床	床		床	
總樓地板面積：		m <sup>2</sup> ；			基地面積：			m <sup>2</sup>		

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 事 機 構	1. <input type="checkbox"/> 醫療機構名稱 2. <input type="checkbox"/> 醫療機構負責人 3. <input type="checkbox"/> 醫療機構法人 4. <input type="checkbox"/> 診療科別 5. <input type="checkbox"/> 救護車數 6. <input type="checkbox"/> 病床數 7. <input type="checkbox"/> 變更開業地點 8. <input type="checkbox"/> 昂貴或具危險性醫療儀器 9. <input type="checkbox"/> 特定醫療技術檢查檢驗、醫療儀器 10. <input type="checkbox"/> 樓層平面圖變更 11. <input type="checkbox"/> 其他		
人 員	1. <input type="checkbox"/> 執業科別 2. <input type="checkbox"/> 執業地點 3. <input type="checkbox"/> 技術員從業地點名稱 4. <input type="checkbox"/> 其他		

四、醫事人員報備

(報備3位以上醫事人員，請依下列格式自行製表造冊1式5份)

姓 名	身分證字號	醫 事 人 員 執 業 執 照 科 別	支 援 期 間	時 段	支援機構名稱 地址及院所代號
	字第 號	衛 字 號	自 年 月 日 至 年 月 日	每週 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 共 診次	
	字第 號	衛 字 號	自 年 月 日 至 年 月 日	每週 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 共 診次	

負責人：

簽章

申請人：

簽章

擬辦：1.以上貴院所申請事項經本局(衛生局)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，執業期間必須佩帶執業執照，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：

衛生局(所)、中央健康保險局高屏分局、

縣(市)

公會。