

醫療(事)機構  
醫事人員 歇(停)業申請書 (第一聯)

檔 號：  
保存年限：

申請人：  
通訊地址：

發文日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
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 代 號			負 責 醫 師 負 責( ) 姓 名	
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執 業執照	高市衛 字第 _____ 號 高市衛 字第 _____ 號	醫 事 人 員 證 書 字 號	字 號		
歇業日期	年 月 日	停業日期	自 至 年 月 日	起 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  
申請註銷 於 乙案，業於 年 月 日核准，  
 台 端 執業 診所

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。  
執

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			醫事人員 證書字號	字 號
原領 <input type="checkbox"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	高市衛 字第 _____ 號	高市衛 字第 _____ 號	醫事人員 證書字號		
歇業日期	年 月 日	停業日期	自 至	年 月 日起 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  
 申請註銷 於 乙案，業於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日核准，  
 台端 執業 診所  
 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

醫療(事)機構 醫事人員 歇(停)業申請書 (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	
	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 號
		高市衛 字第 _____ 號			
歇業日期	年 月 日	停業日期	自 至	年 月 日起 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  
申請註銷 於

醫院 乙案，業於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日核准，  
診所 執業

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