高雄市左營區醫療器材商申請案件登記事項申請書

醫療器材商名稱：　　發文日期及字號：

營業地址：　　統一編號：

機構代號：　　公司行號電話：　　收件日期：

一、醫療器材商申請開業登記事項：　　藥商變更登記事項，應自事實發生之日起 30 日內，辦理變更登記。

申請種類	□籌設 □設立	□製造業 型態別：□辦公室 □門市 □其他 營業項目：□設計 □製造 □包裝 □貼標 □滅菌 □最終驗放					
		□販賣業 型態別：□辦公室 □門市 □其他 營業項目：□批發 □零售 □輸入 □輸出 □租賃 □維修					
負　責　人		姓　　名	性別	出生年月日	身分證統一編號	電話(手機)	地　址
技術人員 □製造業 □販賣業 (□輸入□維修)							

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
醫療器材商	一□商號名稱 二□負責人 (請附新負責人身分證影本) 三□營業項目 四□營業地址 五□倉庫報備 六□其他		
技術人員	一□登記藥商名稱 二□登記地點 三□其他		

三、醫療器材商異動申請登記事項：

	異　動　事　項	原　因
醫療器材商	一□停業：自民國___年___月___日至___年___月___日 (不超過一年)計____個月____天 二□歇業：自民國___年___月___日起。 三□復業：自民國___年___月___日起。 四□補發　□換發　原發證日期：民國___年___月___日	

負責人　　簽章

公司章

中　華　民　國　　年　　月　　日

以上申請事項(檢附各項申請登記應備妥文件)經本局審核結果如下：

□經核符合規定，准予□籌設 □設立 □變更 □停復歇業，原領□醫療器材商許可執照(高市衛　　字第　　號)同時收繳作廢。

□准予籌設許可者，攜帶本核定通知聯，請向高雄市政府經濟發展局辦理公司或商業登記。

□檢發醫療器材商許可執照(高市衛　　字第　　號)及衛生事業規費收據各乙紙，請查收，並請將上揭藥商許可執照懸掛在營業場所明顯位置。□其他有關事項，請依照醫療器材管理法及其施行細則、醫療器材技術人員管理辦法、醫療器材製造業者設置標準暨相關法令規定辦理。

正本：

副本：

批示：　　擬辦：□經核符合規定，准予登記

□不符合規定，駁回原件之申請

高雄市左營區醫療器材商申請案件登記事項申請書

醫療器材商名稱：　　發文日期及字號：

營業地址：　　統一編號：

機構代號：　　公司行號電話：　　收件日期：

一、醫療器材商申請開業登記事項：

申請種類	□籌設 □設立	□製造業 型態別：□辦公室 □門市 □其他 營業項目：□設計 □製造 □包裝 □貼標 □滅菌 □最終驗放					
		□販賣業 型態別：□辦公室 □門市 □其他 營業項目：□批發 □零售 □輸入 □輸出 □租賃 □維修					
負　責　人		姓　　名	性別	出生年月日	身分證統一編號	電話(手機)	地　址
技術人員 □製造業 □販賣業 (□輸入□維修)							

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
醫療器材商	一□商號名稱 二□負責人 (請附新負責人身分證影本) 三□營業項目 四□營業地址 五□倉庫報備 六□其他		
技術人員	一□登記藥商名稱 二□登記地點 三□其他		

三、醫療器材商異動申請登記事項：

	異　動　事　項	原　因
醫療器材商	一□停業：自民國___年___月___日至___年___月___日 (不超過一年)計____個月____天 二□歇業：自民國___年___月___日起。 三□復業：自民國___年___月___日起。 四□補發　□換發　原發證日期：民國___年___月___日	

負責人　　簽章

公司章

中　華　民　國　　年　　月　　日

. . . . . .

以上申請事項(檢附各項申請登記應備妥文件)經本局審核結果如下：

□經核符合規定，准予□籌設 □設立 □變更 □停復歇業，原領□醫療器材商許可執照(高市衛　　字第　　號)同時收繳作廢。

□准予籌設許可者，攜帶本核定通知聯，請向高雄市政府經濟發展局辦理公司或商業登記。

□檢發醫療器材商許可執照(高市衛　　字第　　號)及衛生事業規費收據各乙紙，請查收，並請將上揭藥商許可執照懸掛在營業場所明顯位置。□其他有關事項，請依照醫療器材管理法及其施行細則、醫療器材技術人員管理辦法、醫療器材製造業者設置標準暨相關法令規定辦理。

正本：

副本：

第二聯 核定通知聯

聲明書(醫療器材專用)

1.聲明人(負責人)_____確定於地址：_____設立「_____(醫療器材商)」，該址建物所有權人知曉並同意醫療器材商登記使用。

2.本人辦理醫療器材商登記前，已確實先向高雄市經發局、工務局、都市發展局及消防局查詢實際營業場所是否符合土地使用分區管制與建築管理等相關規定，若有違前述相關法規，經認定醫療器材商無從合法存在或無法繼續營業情事或違反醫療器材管理法第69條規定，衛生局得廢止或撤銷核准之醫療器材商許可執照決無異議。

具此聲明以示證明，若有虛偽不實情事願負法律上一切責任。

此致

高雄市政府衛生局

醫療器材商名稱：　　(加蓋公司印)

聲明人(負責人)：　　(親簽蓋章)

身分證字號：

電話：

中華民國　　年　　月　　日

備註:

醫療器材管理法第69條規定:

醫療器材商使用虛偽不實之文件或資料，辦理本法規定之各項申請者，處新臺幣六萬元以上二百萬元以下罰鍰；情節重大者，二年內不得再申請；其經許可或核准者，撤銷之。

遺失切結書

立切結書人_____原領高雄市左營區衛生所於中華民國____年____月____日核發之高市衛醫器販(左)字第　　號，因遺失特立此據證明，如有虛偽不實情事，立切結書人願負法律上一切責任。

此致

高雄市政府衛生局

切結書人簽章:

切結書人身份證字號:

中華民國　　年　　月　　日

委託書

本人因另有要務，未克親自前來，特委託_____君

至高雄市左營區衛生所全權代表本人辦理_____事項

此致

高雄左營區衛生所

委託人(請加蓋委託人大小章)　：

（受任人）

身分證字號：

受委託人：

身分證字號：

中華民國　　年　　月　　日

說明：受託人請攜帶下列文件

1. 委託人身分證正反面影本、私章
2. 受委託人身分證正本、個人私章、委託書