

醫療（事）機構、醫事人員、開（執）業登記事項申請書 （第一聯）

檔 號：
保存年限：

醫療(事)機構名稱：

發 文 日 期：_____年_____月_____日

代 號：

發 文 字 號：高市衛 _____ 字第 _____ 號

地 址：

聯 絡 電 話：

本人親自辦理 簽章：_____

診療科別：

委託代辦 簽章：_____

一、申請：開業 執業 復業 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、醫療(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. 血液透析床：_____床； 5. 其他：_____										
醫 院	急 性 病 床	慢 性 病 床		特 殊 病 床			其 他		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 安 寧 病 床	床 手 術 台	台	床	
	一般病床			一般病床		燒 傷 病 床	床 呼 吸 病 床	床 產 台	台		
	精神病床			精神病床		急 診 觀 察 床	床 急 性 結 核 病 床	床 牙 科 治 療 台	台		
				結核病床		其 他 觀 察 病 床	床 精 神 科 加 護 病 床	床 精 神 科 日 間 照 護	人		
						嬰 兒 病 床	床 產 科 病 床	床 日 間 照 護 人 數	人		
						手 術 恢 復 床	床 腹 膜 透 析 病 床	床 診 療 室	間		
						嬰 兒 床	床 呼 吸 照 護 中 心	床			
						血 液 透 析 床	床 呼 吸 照 護 病 床	床			
	總樓地板面積：		m ² ；			基地面積：			m ²		

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 療 (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		

負責醫師

負責()：_____簽章 申請人：_____簽章
年 月 日

貴 院 所 本 局 (衛 生 局)

擬辦：1. 以上台 端申請事項經本市 區衛生所 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：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

第 二 層 決 行

承辦單位

會辦單位

決行

醫療（事）機構、醫事人員、開（執）業登記事項申請書 （第二聯）

醫療(事)機構名稱:

發文日期: _____年____月____日

代 號:

發文字號: 高市衛 _____ 字第 _____ 號

地 址:

聯絡電話:

診療科別:

本人親自辦理 簽章: _____

委託代辦 簽章: _____

一、申請: 開業 執業 復業 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、醫療(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. 血液透析床: _____床; 5. 其他: _____									
醫 院	急 性 病 床	慢 性 病 床		特 殊 病 床			其 他		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 安 寧 病 床	床 手 術 台	台
	一般病床			一般病床			燒 傷 病 床	床 呼 吸 病 床	床 產 台	台
	精神病床			精神病床			急 診 觀 察 床	床 急 性 結 核 病 床	床 牙 科 治 療 台	台
				結核病床			其 他 觀 察 病 床	床 精 神 科 加 護 病 床	床 精 神 科 日 間 照 護	人
							嬰 兒 病 床	床 產 科 病 床	床 日 間 照 護 人 數	人
							手 術 恢 復 床	床 腹 膜 透 析 病 床	床 診 療 室	間
							嬰 兒 床	床 呼 吸 照 護 中 心	床	
							血 液 透 析 床	床 呼 吸 照 護 病 床	床	
		總樓地板面積: _____ m ² ;		基地面積: _____ m ²						

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 療 (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		

負責醫師

負責() : _____ 簽章 申請人: _____ 簽章

年 月 日

貴 院 所 本 局 (衛 生 局)

擬辦: 1. 以上台 端申請事項經本市 區衛生所同意登記備查自 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: 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

醫療（事）機構、醫事人員、開（執）業登記事項申請書 （第三聯）

醫療(事)機構名稱:

發文日期: _____年____月____日

代 號:

發文字號: 高市衛 字第 _____ 號

地 址:

聯絡電話:

診療科別:

本人親自辦理 簽章: _____

委託代辦 簽章: _____

一、申請: 開業 執業 復業 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、醫療(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. 血液透析床: _____床; 5. 其他: _____										
醫 院	急 性 病 床	慢 性 病 床		特 殊 病 床			其 他		總床合計		
	許可床數	開放床數	許可床數	開放床數	加護病床	床安寧病床	床手術台	台	床		
	一般病床		一般病床		燒傷病床	床呼吸病床	床產台	台			
	精神病床		精神病床		急診觀察床	床急性結核病床	床牙科治療台	台			
			結核病床		其他觀察病床	床精神科加護病床	床精神科日間照護	人			
					嬰兒病床	床產科病床	床日間照護人數	人			
					手術恢復床	床腹膜透析病床	床診 療 室	間			
					嬰 兒 床	床呼吸照護中心	床				
					血液透析床	床呼吸照護病床	床				
	總樓地板面積:		m ² ;			基地面積:					m ²

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 療 (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		

負責醫師

負責(): _____簽章 申請人: _____簽章

年 月 日

貴 院 所 本 局 (衛 生 局)

擬辦: 1. 以上台 端申請事項經本市 區衛生所同意登記備查自 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: 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組