

醫療(事)機構、醫事人員歇(停)業登記事項申請書(第一聯)

檔 號：

保存年限：

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	<input type="checkbox"/> 兼任管制藥品管理人員	
		高市衛 字第 _____ 號		
歇業日期	年 月 日	停業日期	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止
負責醫師： 負責( )		申 請 人： 身分證字號：  年 月 日		

本市 衛生局 區衛生所 審核如下：

貴院所 申請註銷 開業 診所  
 台端 執業 於 醫院 乙案，業於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日核准，

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

醫事系統自動註銷歇業日，  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) 後之報備支援資料，  
需執登後再重新申請。  
本人已知悉(簽名)：

第 二 層 決 行

承辦單位

會辦單位

決行

醫療(事)機構、醫事人員歇(停)業登記事項申請書 (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			
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照	高市衛 字第 _____ 號	<input type="checkbox"/> 兼任管制藥品管理人員	
		高市衛 字第 _____ 號		
歇業日期	年 月 日	停業日期	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止
負責醫師： 負責( )		申請人： 身分證字號：  年 月 日		

本市 衛生局 區衛生所 審核如下：

貴院所 申請註銷 開業 診所  
 台端 執業 於 醫院 乙案，業於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日核准，

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

醫事系統自動註銷歇業日，  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)後之報備支援資料，  
需執登後再重新申請。  
本人已知悉(簽名)：

醫療(事)機構、醫事人員歇(停)業登記事項申請書 (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	<input type="checkbox"/> 兼任管制藥品管理人員	
		高市衛 字第 _____ 號		
歇業日期	年 月 日	停業日期	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止
負責醫師： 負責( )		申請人： 身分證字號：  年 月 日		

本市 衛生局 區衛生所 審核如下：

貴院所 申請註銷 開業 執業 於 \_\_\_\_\_ 診所 醫院 乙案，業於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日核准，  
 台端

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

醫事系統自動註銷歇業日，  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)後之報備支援資料，  
需執登後再重新申請。  
本人已知悉(簽名)：