

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：高市衛楠字第\_\_\_\_\_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	
字第_____號		字第_____號		自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		字第_____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	安寧病床	手術台	台	床		
	一般病床		一般病床		燒傷病床	呼吸病床	產台	台			
	精神病床		精神病床		急診觀察床	急性結核病床	牙科治療台	台			
			結核病床		其他觀察病床	精神科加護病	精神科日間照	人			
					嬰兒病床	產科病床	日間照護人數	人			
					手術恢復床	腹膜透析病床	診療室	間			
					嬰兒床	呼吸照護中心	床				
					血液透析床	呼吸照護病床	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 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( )：\_\_\_\_\_

申請人：\_\_\_\_\_簽章

年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

擬辦：1. 以上台端申請事項經本局(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，執業期間必須佩戴執業執照，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：高市衛楠字第\_\_\_\_\_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 字第_____號		專科醫師證書字號 字第_____號		專科醫師證書有效期限 自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日	公會會員證字號 字第_____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	精神科日間照	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 <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( )：\_\_\_\_\_

申請人：\_\_\_\_\_簽章

年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

擬辦：1. 以上台端申請事項經本局(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，執業期間必須佩戴執業執照，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：高市衛楠字第\_\_\_\_\_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 字第_____號		專科醫師證書字號 字第_____號		專科醫師證書有效期限 自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日	公會會員證字號 字第_____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	精神科日間照	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 <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 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( )：\_\_\_\_\_

申請人：\_\_\_\_\_ 簽章

年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

擬辦：1. 以上台端申請事項經本局(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，執業期間必須佩戴執業執照，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