

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： 發文日期：_____年_____月_____日
 通訊地址： 發文字號：高市衛楠字第_____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"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	高市衛	字第	號	醫事人員證書字號	字第
	高市衛	字第	號		
歇業日期	年	月	日	停業日期	自 至 年 年 月 月 日起 日止
負責醫師： 負責()：			申請人： 身分證字號： 年 月 日		

衛生局 審核如下：
本市楠梓區衛生所

貴院所 申請註銷 開業 於 _____ 醫院 乙案，業於 _____ 年 _____ 月 _____ 日核准，
 台端 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

第二層決行

承辦單位

會辦單位

決行

醫療(事)機構 歇(停)業申請書 (第二聯)
醫事人員

申請人：
通訊地址：

發文日期：_____年_____月_____日
發文字號：高市衛楠字第_____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"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	高市衛	字第	號	醫事人員證書字號	字第
	高市衛	字第	號		
歇業日期	年	月	日	停業日期	自 至 年 年 月 月 日起 日止
負責醫師： 負責()：			申請人： 身分證字號： 年 月 日		

衛生局 審核如下：
本市楠梓區衛生所

貴院所 申請註銷 開業 於 _____ 醫院 乙案，業於 _____ 年 _____ 月 _____ 日核准，
 台端 執業 _____ 號) 收繳作廢。
 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：高市衛楠字第_____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"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	高市衛	字第	號	醫事人員證書字號	字第
	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		

衛生局 審核如下：
本市楠梓區衛生所

貴院所 申請註銷 開業 於 _____ 醫院 乙案，業於 _____ 年 _____ 月 _____ 日核准，
 台端 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