

# 高雄市楠梓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： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日高市衛楠字第 \_\_\_\_\_ 號  
 營業地址/電話：高雄市楠梓區 \_\_\_\_\_ 統一編號： \_\_\_\_\_  
 機構代號： \_\_\_\_\_ 收件日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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	<input type="checkbox"/> 籌設	<input type="checkbox"/> 製造業 型態別： <input type="checkbox"/> 辦公室 <input type="checkbox"/> 門市 <input type="checkbox"/> 其他 營業項目： <input type="checkbox"/> 設計 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 包裝 <input type="checkbox"/> 貼標 <input type="checkbox"/> 滅菌 <input type="checkbox"/> 最終驗放					
	<input type="checkbox"/> 設立	<input type="checkbox"/> 販賣業 型態別： <input type="checkbox"/> 辦公室 <input type="checkbox"/> 門市 <input type="checkbox"/> 其他 營業項目： <input type="checkbox"/> 批發 <input type="checkbox"/> 零售 <input type="checkbox"/> 輸入 <input type="checkbox"/> 輸出 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 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							
		<input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 販賣業 ( <input type="checkbox"/> 輸入 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 商號名稱 二 <input type="checkbox"/> 負責人 (請附新負責人身分證影本) 三 <input type="checkbox"/> 營業項目 四 <input type="checkbox"/> 營業地址 五 <input type="checkbox"/> 倉庫報備 六 <input type="checkbox"/> 其他		
技術人員	一 <input type="checkbox"/> 登記藥商名稱 二 <input type="checkbox"/> 登記地點 三 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 停業：自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (不超過一年)計 _____ 個月 _____ 天 二 <input type="checkbox"/> 歇業：自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起。 三 <input type="checkbox"/> 復業：自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起。 四 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 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(高市衛醫器販(楠)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

# 高雄市楠梓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： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 高市衛楠字第 \_\_\_\_\_ 號  
 營業地址/電話：高雄市楠梓區 \_\_\_\_\_ 統一編號： \_\_\_\_\_  
 機構代號： \_\_\_\_\_ 收件日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**一、醫療器材商申請開業登記事項：**

申請種類	<input type="checkbox"/> 籌設	<input type="checkbox"/> 製造業 型態別： <input type="checkbox"/> 辦公室 <input type="checkbox"/> 門市 <input type="checkbox"/> 其他 營業項目： <input type="checkbox"/> 設計 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 包裝 <input type="checkbox"/> 貼標 <input type="checkbox"/> 滅菌 <input type="checkbox"/> 最終驗放					
	<input type="checkbox"/> 設立	<input type="checkbox"/> 販賣業 型態別： <input type="checkbox"/> 辦公室 <input type="checkbox"/> 門市 <input type="checkbox"/> 其他 營業項目： <input type="checkbox"/> 批發 <input type="checkbox"/> 零售 <input type="checkbox"/> 輸入 <input type="checkbox"/> 輸出 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 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							
		<input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 販賣業 ( <input type="checkbox"/> 輸入 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 商號名稱 二 <input type="checkbox"/> 負責人 (請附新負責人身分證影本) 三 <input type="checkbox"/> 營業項目 四 <input type="checkbox"/> 營業地址 五 <input type="checkbox"/> 倉庫報備 六 <input type="checkbox"/> 其他		
技術人員	一 <input type="checkbox"/> 登記藥商名稱 二 <input type="checkbox"/> 登記地點 三 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 停業：自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (不超過一年)計 _____ 個月 _____ 天 二 <input type="checkbox"/> 歇業：自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起。 三 <input type="checkbox"/> 復業：自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起。 四 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 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(高市衛醫器販(楠)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：