

歇業、停業

範
本

★紅色字的欄位都要填寫

★請填寫「信封」以便「掛號」郵寄「執照和規費收據」(復業免寫)

檔 號：

保存年限：

申請人：曾嫻惠

通訊地址：高雄市00區00路00號(個人地址)

發文日期：____年____月____日

發文字號：高市衛 字第 號

聯絡電話：0919-123-456(醫事人員的電話)

申請 ☐ 醫療(事)機構

☒ 歇業(離職)

☒ 本人親自辦理 簽章：____曾嫻惠____

☒ 醫事人員

☒ 停業

☐ 委託代辦 簽章：____

醫療(事) 機 構	名稱 王小忠耳鼻喉科診所(執照正面下方)	負責醫師 負責() 姓 名	陳小忠
	代號 1234567890(執照正面下方)		
☐ 開 原領 ☒ 執 業執照	高市衛 字第 號 高市衛護師服字第(參考執照背面第一行)號	☐ 兼任管制藥品管理人員	
歇業日期	年 月 日 (為離職日期)	停業日期	自 年 月 日起 至 年 月 日止 (停業起訖之日期)
負責醫師： 負責()		申請人：曾嫻惠 身分證字號：E13456789 年 月 日 (申 辦 日 期)	

本市 衛生局 區衛生所 審核如下：

☐ 貴院所
☐ 台端

申請註銷

開業
執業 於

診所
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
☐ 台端

申請自 年 月 日起至 年 月 日止停業，同意備查。

正本：

副本：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

第 層決行

承辦單位

會辦單位

決行

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：____