

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 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	安寧病床	手術台	床					
	一般病床	一般病床	燒傷病床	呼吸病床	產科	產科	產科						
	精神病床	精神病床	急診觀察床	急性結核病床	牙科治療台	牙科治療台	牙科治療台						
		結核病床	其他觀察病床	精神科加護病床	精神科日間照護	精神科日間照護	精神科日間照護						
			嬰兒病床	產科病床	日間護理人數	日間護理人數	日間護理人數						
			手術恢復床	腹膜透析病床	診療室	診療室	診療室						
			嬰兒床	呼吸照護中心	床	床	床						
			血液透析床	呼吸照護病床	床	床	床						
	總樓地板面積：		m ² ；			基地面積：					m ²		

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市(衛生局)區衛生所同意登記備查自 _____ 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 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	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	精神科加護病床	精神科日間照護	人			
					嬰兒病床	產科病床	日間護理人數	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 ² ；			基地面積：					m ²

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市(衛生局)區衛生所同意登記備查自 _____ 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