

醫療(事)機構 歇(停)業申請書
醫事人員

檔 號：
保存年限：

申請人：曾嫻惠

發文日期：_____年_____月_____日

通訊地址：高雄市00區00路00號

發文字號：高市衛 字第 _____ 號

聯絡電話：0919-123-456

申請 醫療(事)機構

歇業

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	陳小忠耳鼻喉科診所		負責醫師	陳小忠
	代號	1234567890 (共10碼)		負責()姓名	
原領	<input type="checkbox"/> 開 <input checked="" type="checkbox"/> 執	業執照	高市衛 字第 _____ 號	醫事人員	護理 字 123456 號
			高市 護師服 字第 E123456789 號		
歇業日期	年 月 日		停業日期	自 107 年 4 月 1 日起	至 108 年 3 月 31 日止
負責醫師： 負責()			申請人：曾嫻惠 身份證字號：E123456789 (申請日期) 107 年 3 月 14 日		

衛生局

審核如下：

本市

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

診所

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 _____ 層決行

承辦單位

會辦單位

決行