

醫療(事)機構、醫事人員歇(停)業登記事項申請書
(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：高市衛醫 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			負責醫師	
	代			負責 ()	
原領 <input type="checkbox"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	高市衛	字第	號	<input type="checkbox"/>	兼任管制藥品管理人員
	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 區衛生所

貴院所 申請註 開 醫 乙案，業於 _____ 年 _____ 月 _____ 日核
 台 端 銷 業 於 院 准，

開業執照 (高市衛 _____ 字第 _____ 號) 收繳作廢。

執業執照 (高市衛 _____ 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

醫療(事)機構、醫事人員歇(停)業登記事項申請書(第二聯)

申請人：

發文日期：_____年_____月_____日

通訊地址：

發文字號：高市衛醫 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 代		負責醫師 負責 ()
原領 <input type="checkbox"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	高市衛 字第 _____ 號 高市衛 字第 _____ 號		<input type="checkbox"/> 兼任管制藥品管理人員
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 區衛生所

貴院所 申請註 開 於

醫 乙案，業於 _____ 年 _____ 月 _____ 日核

台 端 銷 業

院 准，

開業執照 (高市衛 _____ 字第 _____ 號) 收繳作廢。

護 領 執業執照 (高市衛 _____ 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)業登記事項申請書(第三聯)

申請人： 發文日期：_____年_____月_____日
通訊地址： 發文字號：高市衛醫_____字第_____號

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：_____

Table with columns for medical institution name, responsible physician, license type (original/execution), and dates of closure. Includes a section for '兼任管制藥品管理人員' (兼任管制藥品管理人員).

衛生局 審核如下：
本市 區衛生所
貴院所申請註冊於 醫乙案，業於 年 月 日核准，
□開業執照(高市衛 字第 號)收繳作廢。
護領服 □執業執照(高市衛 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

第三聯 核定通知聯

本案依分層負責規定授權機關首長判發