

檔 號：
保存年限：

醫療（事）機構、醫事人員、開（執）業登記事項申請書（第1聯）

醫療(事)機構名稱：

發 文 日 期： 年 月 日

代 號：

發 文 字 號：

地 址：

負責醫師：

診療科別：

醫療(事)機構負責(07)：

聯 絡 電 話：

收件日期及收件人：

一、申請：開業 執業 換發 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		專科醫師證書字號		專科醫師證書有效期限	公會會員證字號	
	字 號	字 號	字 號	自 年 月 日 至 年 月 日	字 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
	一般病床		一般病床		燒 傷 病 床	呼 吸 病 床	產 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
			結核病床		其 他 觀 察 病 床	精 神 科 加 護 病 床	精 神 科 日 間 照 護
					嬰 兒 病 床	產 科 病 床	日 間 照 護 人 數
					手 術 恢 復 床	腹 膜 透 析 病 床	診 療 室
					嬰 兒 床	呼 吸 照 護 中 心	
					血 液 透 析 床	呼 吸 照 護 病 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()：_____ 簽章 _____ 申請人：_____ 簽章 _____

擬辦：1. 以上台 貴 院 所 本 局 (衛 生 局)
端 申 請 事 項 經 本 市 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，執業期間必須佩帶執業執照，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： 衛生局（所）、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、 _____ 市 _____ 公會、本局醫政事務科。

第 層 決 行

承辦單位

會辦單位

決行

檔 號：
保存年限：

醫療（事）機構、醫事人員、開（執）業登記事項申請書（第2聯）

醫事機構名稱：

發 文 日 期： 年 月 日

代 號：

發 文 字 號：

地 址：

負責醫師：
醫療(事)機構負責(07)：

診療科別：

聯 絡 電 話：

收件日期及收件人

一、申請：開業 執業 換發 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		專科醫師證書字號		專科醫師證書有效期限	公會會員證書字號	
	字 號	字 號	字 號	自 年 月 日 至 年 月 日	字 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 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 照 護 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								
			血 液 透 析 床	呼 吸 照 護 病 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()：_____ 簽章_____ 申請人：_____ 簽章_____

擬辦：1. 以上台 貴院所 端 申請事項經 本市 衛生局(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，執業期間必須佩帶執業執照，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： 衛生局(所)、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、 市 公會、本局醫政事務科。

檔 號：
保存年限：

醫療（事）機構、醫事人員、開（執）業登記事項申請書（第3聯）

醫事機構名稱：

發 文 日 期： 年 月 日

代 號：

發 文 字 號：

地 址：

負責醫師：
醫療(事)機構負責(07)：

診療科別：

聯 絡 電 話：
收件日期及收件人

一、申請：開業 執業 換發 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		專科醫師證書字號		專科醫師證書有效期限		公會會員證字號	
字 號		字 號		自 年 月 日 至 年 月 日		字 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 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 照 護 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								
			血 液 透 析 床	呼 吸 照 護 病 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()：_____簽章_____ 申請人：_____簽章_____

擬辦：1. 以上台 貴 院 所 本 局 (衛 生 局)
端 申 請 事 項 經 本 市 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，執業期間必須佩帶執業執照，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： 衛生局（所）、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、 市 公會、本局醫政事務科。

檔 號：
保存年限：

醫療(事)機構、醫事人員、開(執)業登記事項申請書(第4聯)

醫事機構名稱：

發 文 日 期： 年 月 日

代 號：

發 文 字 號：

地 址：

負責醫師：
醫療(事)機構負責(07)：

診療科別：

聯 絡 電 話：
收件日期及收件人

一、申請：開業 執業 換發 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		專科醫師證書字號		專科醫師證書有效期限	公會會員證字號	
	字 號	字 號	字 號	自 年 月 日 至 年 月 日	字 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	產台	產台						
	精神病床	精神病床	急診觀察床	急性結核病床	牙科治療台	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						
			嬰兒病床	產科病床	日間照護人數	日間照護人數						
			手術恢復床	腹膜透析病床	診 療 室	診 療 室						
			嬰 兒 床	呼吸照護中心	床	床						
			血液透析床	呼吸照護病床	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()：_____ 簽章_____ 申請人：_____ 簽章_____

擬辦：1. 以上台 貴院所 本局(衛生局) 端申請事項經本市 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，執業期間必須佩帶執業執照，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： 衛生局(所)、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、 市 公會、本局醫政事務科。

檔 號：
保存年限：

醫療（事）機構、醫事人員、開（執）業登記事項申請書（第5聯）

醫事機構名稱：

發 文 日 期： 年 月 日

代 號：

發 文 字 號：

地 址：

負責醫師
醫療(事)機構負責(07)：許登豪

診療科別：

聯 絡 電 話：6622663

收件日期及收件人

一、申請：開業 執業 換發 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		專科醫師證書字號		專科醫師證書有效期限		公會會員證字號	

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	產台	產台						
	精神病床	精神病床	急診觀察床	急性結核病床	牙科治療台	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						
			嬰兒病床	產科病床	日間照護人數	日間照護人數						
			手術恢復床	腹膜透析病床	診 療 室	診 療 室						
			嬰 兒 床	呼吸照護中心	床	床						
			血液透析床	呼吸照護病床	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()：_____ 簽章_____ 申請人：_____ 簽章_____

擬辦：1. 以上台端申請事項經本局(衛生局)本市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，執業期間必須佩帶執業執照，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：衛生局(所)、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、 市 公會、本局醫政事務科。