

檔 號：  
保存年限：

醫療(事)機構 醫事人員 歇(停)業申請書 (第1聯)

申請人： 發文字號：  
通訊地址： 發文日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
聯絡電話：

申請  醫療(事)機構  歇業  
 醫事人員  停業

醫療(事)機構	名稱			負責醫師 負責( ) 姓名	
	代號				
原領 <input type="checkbox"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	衛 字第		醫事人員 證書字號	字 號	
歇業日期	自 年 月 日起	停業日期	自 年 月 日起	至 年 月 日止	
負責醫師： 負責( )		申請人： 身份證字號： 年 月 日			

衛生局 審核如下：  
本市 區衛生所

貴院所 開業 醫院  
 台端 申請註銷 執業 於 乙案，業於 年 月 日核准，  
 台端 執業 診所

原領  開業執照 ( 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 歇(停)業申請書 (第2聯)

申請人：  
通訊地址：

發文字號：  
發文日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
聯絡電話：

申請  醫療(事)機構  歇業  
 醫事人員  停業

醫療(事) 機 構	名 稱	衛 字 第 號	負 責 醫 師 負 責( ) 姓 名	字 號
	代 號		醫 事 人 員 證 書 字 號	
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照			
歇業日期	自 年 月 日起	停業日期	自 年 月 日起 至 年 月 日止	
負責醫師： 負責( )		申請人： 身份證字號： 年 月 日		

衛生局 審核如下：  
本市 區衛生所

貴院所 開業 醫院  
 台 端 申請註銷 執業 於 乙案，業於 年 月 日核准，  
診所

原領  開  
 執 業執照 ( 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 歇(停)業申請書 (第3聯)

申請人：  
通訊地址：

發文字號：  
發文日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
聯絡電話：

申請  醫療(事)機構  歇業  
 醫事人員  停業

醫療(事) 機 構	名 稱	衛 字 第 號	負 責 醫 師 負 責( ) 姓 名	字 號
	代 號		醫 事 人 員 證 書 字 號	
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照			
歇業日期	自 年 月 日起	停業日期	自 年 月 日起 至 年 月 日止	
負責醫師： 負責( )		申請人： 身份證字號： 年 月 日		

衛生局 審核如下：  
本市 區衛生所

貴院所 開業 醫院  
 台 端 申請註銷 執業 於 乙案，業於 年 月 日核准，  
診所

原領  開  
 執 業執照 ( 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 歇(停)業申請書 (第4聯)

申請人：  
通訊地址：

發文字號：  
發文日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
聯絡電話：

申請  醫療(事)機構  歇業  
 醫事人員  停業

醫療(事) 機 構	名 稱	衛 字 第 號	負 責 醫 師 負 責( ) 姓 名	字 號
	代 號		醫 事 人 員 證 書 字 號	
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照			
歇業日期	自 年 月 日起	停業日期	自 年 月 日起 至 年 月 日止	
負責醫師： 負責( )		申請人： 身份證字號： 年 月 日		

衛生局 審核如下：  
本市 區衛生所

貴院所 開業 醫院  
 台 端 申請註銷 執業 於 乙案，業於 年 月 日核准，  
診所

原領  開  
 執 業執照 ( 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 歇(停)業申請書 (第5聯)

申請人：  
通訊地址：

發文字號：  
發文日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
聯絡電話：

申請  醫療(事)機構  歇業  
 醫事人員  停業

醫療(事) 機 構	名 稱	衛 字 第 號	負 責 醫 師 負 責( ) 姓 名	字 號
	代 號		醫 事 人 員 證 書 字 號	
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業執照			
歇業日期	自 年 月 日起	停業日期	自 年 月 日起 至 年 月 日止	
負責醫師： 負責( )		申請人： 身份證字號： 年 月 日		

衛生局 審核如下：  
本市 區衛生所

貴院所 開業 醫院  
 台 端 申請註銷 執業 於 乙案，業於 年 月 日核准，  
診所

原領  開  
 執 業執照 ( 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。