**臺北市醫事人員業態異動（執業、歇業、變更、報准）登記申請表**

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 出生年月日：\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

醫事人員證書字號：\_\_\_\_\_\_\_字第\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_號 專科醫師登記科別：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

執（歇）業機構名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 機構代碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

機構地址：臺北市\_\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 機構電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

類別：□醫師 □中醫師 □牙醫師 □護理師 □護士 □助產師 □助產士 □藥師□藥劑生□營養師 □醫事檢驗師□醫事檢驗生 □醫事放射師□醫事放射士 □物理治療師□物理治療生 □職能治療師 □職能治療生 □呼吸治療師 □臨床心理師 □諮商心理師 □牙體技術師 □牙體技術生 □驗光師 □驗光生 □其他

============================【請依申請類別勾選填寫】===========================

* **執業登記 執業日期：自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_起**
* **停業登記 自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_至\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**
* **復業登記 自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_起**
* **歇業 歇業日期：\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (離職生效日)**

**（若執業機構或醫事人員歇業，原報准案件將自動註銷，如有繼續支援之需求，請重新申請報准）**

* **報准前往其他機構執行業務：**

**期間：自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 至 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**時段：上午(每星期一□,二□,三□,四□,五□,六□,日□)**

**下午(每星期一□,二□,三□,四□,五□,六□,日□) 合計：\_\_\_\_時段**

**晚上(每星期一□,二□,三□,四□,五□,六□,日□)**

**前往其他機構名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 機構代碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**前往其他機構地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**□ 註銷前往其他醫療機構執行醫療業務：自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_起(原核准文號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**□ 變更登記 原登記事項：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_變更後登記事項：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**□ 遺失(毀損)補發執業執照 □ 到期換發執業執照 原發證日期 ：\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

=========================================================================

**申請日期：\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 申請人簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**代理人簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 代理人身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（□檢附委託書）**

=========================================================================

領取執照方式：

□自行取件，**地點** □臺北市政府聯合服務中心衛生局櫃台(市政大樓北區1樓)

□衛生局衛生稽查科 (□東、□西、□南、□北、□中區稽查股)

□ 郵寄取件（通訊電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 郵寄地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

承辦人： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_