

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 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	名稱 代號			負責醫師 負責() 姓名	
原領 <input type="checkbox"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執業執照	高市衛 字第 _____ 號 高市衛 字第 _____ 號	醫事人員 證書字號	字第 _____ 號		
歇業日期	年 月 日	停業日期	自 至 年 月 日	起 止 日 日	
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 開業 醫院
 申請註銷 於 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

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 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 稱			負責醫師 負責() 姓 名	
	代 號				
原領 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執 業執照	高市衛	字第	號	醫事人員 證書字號	字第 _____ 號
	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 申請註銷 開業 於 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 台 端 執業

醫院 乙案，業於 _____ 年 _____ 月 _____ 日核准，
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 執 _____ 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

局長黃志中

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 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	名稱			負責醫師 負責() 姓名	
	代號				
原領 <input type="checkbox"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 執	高市衛 字第 _____ 號	醫事人員	字第 _____ 號		
	高市衛 字第 _____ 號	證書字號			
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

開業 於 _____ 年 _____ 月 _____ 日

醫院

乙案，業於 _____ 年 _____ 月 _____ 日核准，

台端

申請註銷 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

局長黃志中