

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：_____ 臺北榮民總醫院 機構代碼：0601160016
機構地址：臺北市 北投 區 石牌路二段 201 號 機構電話：02-2871-2121
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 ☐聽力師 ☐語言治療師 ☐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：_____