

臺中市政府衛生局 114 年「清潔針具自動販賣機設置站」
申請資格審核表

單位名稱：

代 表 人：

電 話：

地 址：

一、單位審核資料

★請檢附"藥局"或"醫療(事)機構開業執照"影本一份。

二、執行人員資格審核

★請填寫下表並檢附藥師、藥劑生、醫檢師等"證明文件"影本一份。

職 稱	姓 名	相關證明文件 (證書字號或領臺中市執業執照)	備註

~感謝您的配合，以下由本局填寫，謝謝~

.....
審核結果：☐符合 ☐不符合，原因：_____

審核日期：

審核人員：

業務主管：