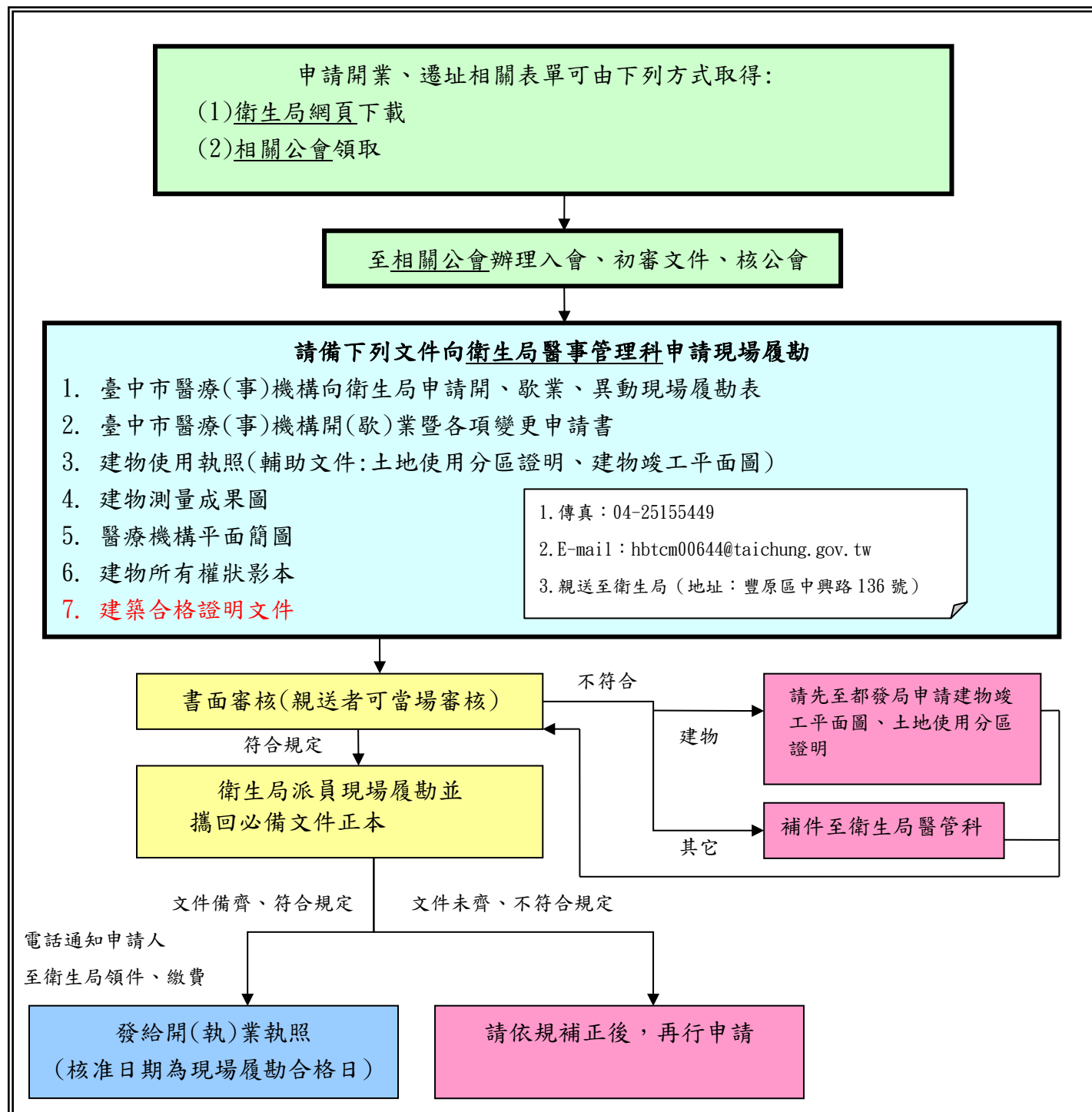
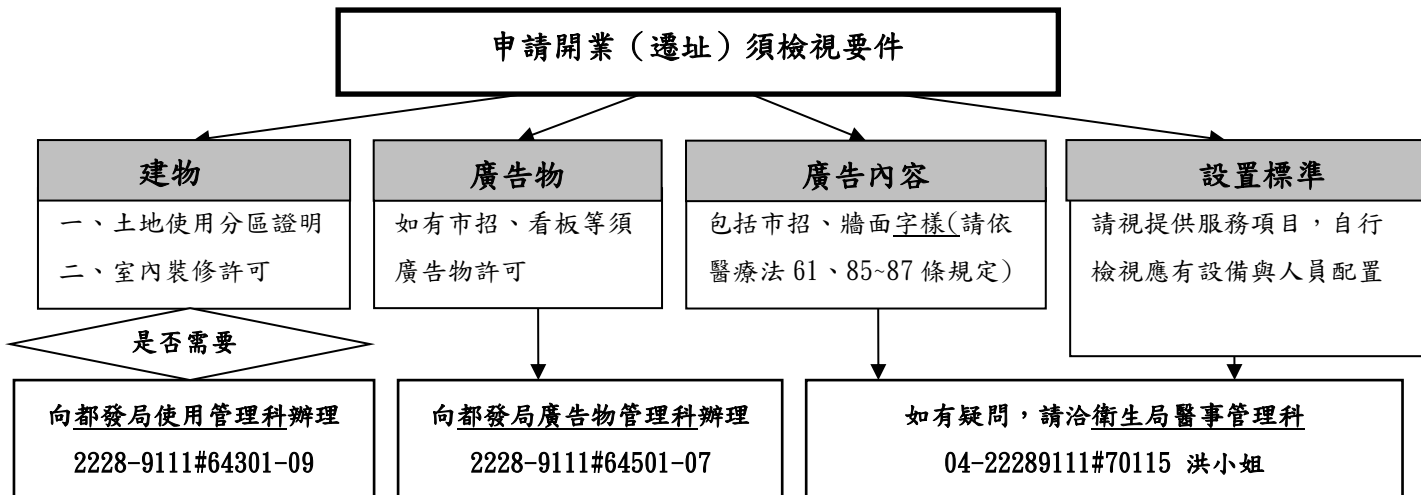


臺中市醫療(事)機構申請開業(遷址)之流程



臺中市醫事機構開業準備文件自我檢核表

應備妥下列申請表單及資料，並先行檢視是否符合應備項目：

表單項目		檢核✓	說明
1	臺中市醫療(事)機構向衛生局申請開、歇業、異動現場履勘表		基本表單
2	臺中市醫療(事)機構開(歇)業暨各項變更申請書		
3	臺中市醫療(事)機構(○○)所設備及人員配置查核表(依不同機構類別檢附)		
5	臺中市醫療院所醫事人員名冊		
6	個人資料收集同意書		
7	☐ 健保基本資料表 ☐ 蓋關防申請書		健保特約
8	土地使用分區證明(註一)		依情況檢附
9	建物測量成果圖影本		地政事務所申請
10	建物所有權狀影本		
11	建物使用執照影本(註二)		都發局申請
12	竣工平面圖(視需要檢附)		
14	醫療(事)機構平面簡圖		自行繪製
15	醫療院所交通位置圖		
16	☐ 租賃契約書影本 ☐ 無償使用同意書 ☐ 免附(負責人為所有權人) ☐ 轉租同意書(建物所有權人出具)		依情況檢附
17	醫療廢棄物清除處理合約書影本		
18	負責人醫事人員證書影本		
19	身分證影本(正反面)		
20	1吋相片3張(申請書、開業執照、執業執照使用)		
21	規費(開業執照1000元、執業執照300元/每張)		
22	眼鏡行(公司)營業事業登記核准文件		驗光所適用
23	驗光所負責人資歷證明		驗光所適用
24	機構大小章		

(註一)原台中市轄區：至都發局網站(<http://www.ud.taichung.gov.tw>)便民服務線上申辦申請。

原台中縣轄區：向各區公所申請。

(註二)民國60年12月24日前建構之房屋如無使用執照，可以「**稅籍證明書**」替代。(至地方稅務局申請)

臺中市醫事機構開(歇)業暨各項變更申請書

醫事機構 基本資料	機構名稱：_____，負責人：_____ 地址：臺中市_____區_____里_____ 電話：_____傳真：_____	照片 黏貼處 (歇業免貼)
申 請 事 項	一、☐開業 負責人基本資料： 姓名：_____出生年月日：____/____/____ E-Mail _____ 身分證字號：_____醫事人員證書字號：_____字第_____號 機構醫事人員數： 1. 護理師(士)_____人 2. 物理治療人員_____人 3. 職能治療人員_____人 4. 語言治療人員_____人 5. 聽力治療人員_____人 6. 醫事檢驗人員_____人 7. 醫事放射人員_____人 8. 呼吸治療人員_____人 9. 牙體技術人員_____人 10. 助產人員_____人 11. 驗光人員_____人 12. 其它_____ 醫事機構面積：_____平方公尺 ☐ 設置於眼鏡公司(商號)內。(驗光所填列) 眼鏡公司(商號)：_____統一編號：_____ 二、☐歇業：原市招是否已拆除：☐是 ☐否 三、☐遷移： (一) ☐同區遷移，原地址：_____ (二) ☐跨區遷移，原地址：_____ 三、☐其他變更事項： (一) ☐機構名稱變更，原_____變更為_____ (二) ☐使用面積變更，原_____變更為_____ (三) ☐其他，原_____變更為_____	
負責人簽名：_____申請日期：____/____/____ 公會戳章欄：(請務必先至公會核章)		

具結書

具結人

原領貴局核發之

☐開業執照(字第 號)

☐執業執照(執字第 號)

因遺失茲向貴局申請報失，嗣後如發現已報失之開業執照/執業執照，立即送局註銷，絕不重複使用，如有虛偽情事，具結人願負法律上一切責任。

此致

臺中市政府衛生局

具結人： (簽章)

身分證字號：

中華民國 年 月 日

臺中市政府衛生局稽查醫事機構申請歇業、遷移現場查核表

稽查日期： 年 月 日

申請人		醫事機構名稱	
地址			
查 核 事 項		是否符合	備 註
一、 市招： ☐市招已全部拆除。 ☐市招尚有_____標示。 ☐市招尚有服務時間等字樣。			
二、 治療設備： ☐現場無治療設備。 ☐現場仍有_____治療設施或設備。 現有治療設施暫時存放原址，並保證不在原址使用此治療設施，如有虛偽情事，具結人願負法律上一切責任。 具結人：_____ 簽章 身分證號碼：_____			
三、 管制藥品處理(限西醫診所使用) ☐無管藥證號。 ☐領有管藥證字號：_____ ☐已結存 ☐已轉讓 ☐已銷毀 ☐已減損處理 ☐已處理完成			
符合規定 (稽查人員簽章)	請改善後再申請 (稽查人員簽章)	負責人簽章	

※ 歇業後文件寄送地址：

委託書

委託人_____，同意委託_____

代理本人辦理_____事務，授權其處理

相關事宜，特出具本委託書以資證明。

此致

臺中市政府衛生局

委託人姓名（簽章）：

身分證字號：

受委託人姓名（簽章）：

身分證字號：

中華民國 年 月 日

機構交通位置圖	
機 構 名 稱	
地 址	臺中市 區 里 路街 段 巷 號 樓

醫療(事)機構內部平面簡圖

機構名稱：

機構地址：

總營業面積：_____平方公尺

申請日期：民國_____年_____月_____日

※ 各隔間請標示長、寬

驗光人員申請開業登記
資歷證明書

茲證明_____君(身分證號：_____)
於_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，受聘
於_____眼鏡公司(商號)執行驗光相關業務。

公司(商號)名稱：_____ (印信)

負責人姓名：_____ (章戳)

統一編號：_____

備註：

- 一、本證明係證明申請人於 105 年 1 月 6 日驗光人員法公布施行前，曾從事驗光業務之經歷，以供申請人「申請開業登記」審查之用。
- 二、請服務機構依申請人之實際情形開具證明，如有不實，申請人、出證機構及其相關人員，均應負偽造變造證書介紹書罪或公務員登載不實罪責任。
- 三、本證明應加蓋出具證明機構之印信及機構負責人章戳。

中華民國 年 月 日

臺中市政府衛生局稽查驗光所設備及人員配置查核表

- 一、驗光所名稱：_____ 地址：_____
- 二、負責驗光師〈生〉：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____
- 三、醫事機構設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於____內填入數字或文字資料)

設 置 標 準																																																			
人 員	一、負責驗光師(生)1人。 ☐ 驗光師須於指定機構執業2年以上。 ☐ 驗光生須於指定機構執業5年以上。 ☐ 檢附服務年資證明文件。 二、105年1月6日前，年資得併予採計。指定機構係指醫療機構、驗光所、眼鏡公司(商號)			驗光人員執行業務範圍																																															
				☐ 驗光師	1. ☐ 非侵入性之眼球屈光狀態測量及相關驗光。 2. ☐ 一般隱形眼鏡之配鏡。 3. ☐ 低視力者輔助器具之教導使用。 4. ☐ 其他依醫師開具之照會單或醫囑單所為之驗光。																																														
					☐ 驗光生	1. ☐ 一般性近視、遠視、散光及老花之驗光。 2. ☐ 一般隱形眼鏡之配鏡。 3. ☐ 其他依醫師開具之照會單或醫囑所為之驗光。																																													
				☐獨立設立 <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>合格</th> <th>不合格</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>應有明顯區隔之獨立作業場所</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>總樓地板面積：不得小於二十平方公尺。</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>等候空間</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>執行業務紀錄之保存設施</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>手部衛生設備(洗手檯)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ☐與眼鏡公司(商號)合設 <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>合格</th> <th>不合格</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>眼鏡公司合法登記</td> <td></td> <td></td> <td>☐檢附公司登記證</td> </tr> <tr> <td>總樓地板面積：不得小於五平方公尺</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>等候空間 ☐與眼鏡公司共用</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>執行業務紀錄之保存設施 ☐與眼鏡公司共用</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>手部衛生設備(洗手檯) ☐與眼鏡行共用</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				項目	合格	不合格	說明	應有明顯區隔之獨立作業場所				總樓地板面積：不得小於二十平方公尺。				等候空間				執行業務紀錄之保存設施				手部衛生設備(洗手檯)				項目	合格	不合格	說明	眼鏡公司合法登記			☐ 檢附公司登記證	總樓地板面積：不得小於五平方公尺				等候空間 ☐ 與眼鏡公司共用				執行業務紀錄之保存設施 ☐ 與眼鏡公司共用			
項目	合格	不合格	說明																																																
應有明顯區隔之獨立作業場所																																																			
總樓地板面積：不得小於二十平方公尺。																																																			
等候空間																																																			
執行業務紀錄之保存設施																																																			
手部衛生設備(洗手檯)																																																			
項目	合格	不合格	說明																																																
眼鏡公司合法登記			☐ 檢附公司登記證																																																
總樓地板面積：不得小於五平方公尺																																																			
等候空間 ☐ 與眼鏡公司共用																																																			
執行業務紀錄之保存設施 ☐ 與眼鏡公司共用																																																			
手部衛生設備(洗手檯) ☐ 與眼鏡行共用																																																			
設 置 規 格	驗光室			合格	不合格	說明																																													
	內 部 設 備	1. 明顯區隔之獨立空間，且不得小於五平方公尺。																																																	
		2. 空間之直線距離至少五公尺； ☐ 採鏡子反射法者，直線距離至少2.5公尺																																																	
		3. 驗光必要設備：																																																	
		A. 電腦驗光機或檢影鏡																																																	
		B. 角膜弧度儀或綜合驗度儀																																																	
		C. 鏡片試片組或綜合驗度儀																																																	
		D. 鏡片驗度儀																																																	
		E. 視力表																																																	
	教導低視力者使用輔助器具時，應配置相關必要設備(僅驗光師可執行)																																																		
消防安全應符合相關規定。																																																			
其 它																																																			

稽查結果：☐合格 ☐不合格

負責人簽章_____ 審核人員簽章_____ 日期：_____

臺中市政府衛生局

醫事機構醫事人員名冊

編號	醫事人員 類別	姓名	性別	出生年月	證書字號	身分證字號	備註
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

填表日期：

製表人： _____

臺中市政府衛生局依據個人資料保護法第8條規定進行個資蒐集前之告知內容

為了促進個人資料之合理利用並避免人格權受侵害，爰針對本次之個人資料蒐集，依個人資料保護法（以下簡稱個資法）第8條規定告知下列事項：

一、蒐集目的及方式：本局基於進行醫療（事）機構管理等，凡本局業務上目的及行政協助相關機構法定職務之目的需要，將透過您自行在相關申請書上填寫個人資料之方式進行個資之蒐集及處理。

二、蒐集之個人資料類別

本局蒐集的個人資料包括醫事機構開業登記中的資料，其類別如開業機構登記之名稱、地址開、執業執照字號、核准日期、負責醫事人員等相關資料，且包括但不限於各類別所列舉之子項目：

（一）辨識個人者：如姓名、地址、電話、電子郵件等資訊。

（二）個人描述：如性別、出生年月日。

三、利用期間、地區、對象及方式

（一）期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間或本局因執行職務所必須保存之期間或依相關法令規定之保存期限。

（二）地區：個人資料將用於台灣地區。

（三）利用對象及方式：各單位依法定職務為必要之登錄及記載及處理及您因執業加入之所屬公會，本局將於核准您開業或辦理異動事項時函文副知上開單位。

四、您依個資法第3條得行使的權利：

個資當事人得針對本局保有之個人資料，行使下列權利：

（一）查詢或請求閱覽。但本局依法得酌收必要之成本費用。

（二）請求製給複製本。但本局依法得酌收必要之成本費用。

（三）請求補充或更正。惟當事人應為適當之釋明。

（四）請求停止蒐集、處理或利用。

（五）請求刪除。

個資當事人可來電洽詢本局個資問題服務專線04-25265394*3220、3230、3240進行申請。

五、您若不提供個人資料所致權益影響：

您得自由選擇是否提供相關個人資料，惟當事人若拒絕提供相關個人資料，本局將無法進行必要之審核及處理程序，致無法進行維護或登錄您之權益。

以上本人已充分瞭解 貴局蒐集、處理、利用本人個人資料之目的及用途，並同意貴局在上述蒐集目的內蒐集、處理、利用本人之個人資料

受告知人（即立同意書人）簽章：

身份證字號：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書

107/15110108

10 年

醫事人員 類別	☐ 醫師 ☐ 中醫師 ☐ 牙醫師 ☐ 護理師(士) ☐ 物理治療師(生) ☐ 職能治療師(生) ☐ 醫事檢驗師(生) ☐ 醫事放射師(士) ☐ 助產師(士) ☐ 心理師 ☐ 呼吸治療師 ☐ 語言治療師 ☐ 聽力師 ☐ 牙體技術師(生) ☐ 驗光師(生)	照 片 黏貼處 (歇業免貼)
基本資料	姓 名：_____ 出生年月日：____/____/____ 身分證統一編號：_____ 手機：_____ 執業機構名稱：_____ 執業機構代碼：_____ 執業機構地址：臺中市 區_____ 電話：_____ 執業科別：_____科 *具有多重醫師人員資格者，依「具有多重醫事人員資格者執業管理辦法」第3條第2項規定，得申請於執業執照上加註(具資格且擬申請者請勾選)： ☐ 醫師(兼具中醫師執業資格) ☐ 醫師(兼具牙醫師執業資格) ☐ 醫師(兼具中醫師、牙醫師執業資格) ☐ 牙醫師(兼具醫師執業資格) ☐ 牙醫師(兼具中醫師執業資格) ☐ 牙醫師(兼具醫師、中醫師執業資格) ☐ 中醫師(兼具醫師執業資格) ☐ 中醫師(兼具牙醫師執業資格) ☐ 中醫師(兼具醫師、牙醫師執業資格)	照片浮貼處
申請事項	一、 ☐ 執(從)業登記 執(從)業日期：自____/____/____起 二、 ☐ 歇業(註銷) 離職日期：____/____/____ (一) ☐ 單純歇業 (二) ☐ 變更執業場所(註銷原執業執照，重新申請執業登記) 原登記機構_____, 離職日____/____/____ 變更後機構_____, 到職日____/____/____ 三、 ☐ 變更登記 執業科別：原登記_____, 變更後_____ 資格變更：原登記_____, 變更後_____ 其 他：原登記_____, 變更後_____ 四、 ☐ 遺失補發、損毀換發執業執照： ※請檢附：3個月內1吋正面脫帽照片2張、遺失具結書(執照遺失者)、原領執業執照(執照損毀者)、規費300元。 ☐ 有效期限到期，更新執業執照： ※請檢附：原領執業執照、最近3個月內1吋脫帽半身照片2張、繼續教育學分證明、規費300元。 備註：執業需領有執業執照，始得執業；歇業、停業需於離職或事實發生日起30日內辦理完成(以上日數計算含假日)；執業執照更新應於應更新日期屆滿前六個月內辦理完成。	
申請人簽名：_____ 代理人簽名：_____ 申請日期：____/____/____		
公會戳章欄：		
第四層決行 擬辦： ☐ 經審核符合規定，准予執業、歇業、變更、執照更新。 ☐ 經審核符合規定，准予補、換發。 ☐ 經審核與規定不符，檢還原件。		

醫事人員執業登記請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(先經公會核章)。
 2. 身分證正反面影本一份(外國人及華僑請檢附中華民國居留證)。
 3. 擬執業機構出具在職證明文件正本一份。
 4. 醫事人員證書正本及其影本一份(正本驗畢後發還)。
 5. 專科醫師證書影本一份(不具專科醫師資格者免附)。
 6. 繼續教育學分證明(前一張執業執照未過期者免附)。
 7. 最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張(黏貼於申請書,一張實貼,一張浮貼)。
 8. 規費300元。
 9. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。
- ★備註:外國人及華僑需另檢附勞動部核發之聘僱許可證明文件及衛福部核准函影本各一份。

醫事人員歇業登記請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(先經公會核章)。
 2. 原執業機構出具離職證明文件影本一份。
 3. 原核發執業執照正本。
 4. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。
- ★備註:應自事實發生之日起30日內,報請臺中市政府衛生局備查。

醫事人員變更執業場所請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(先經公會核章)。
2. 原核發執業執照正本。
3. 原執業機構出具離職證明文件影本一份。
4. 身分證正反面影本一份(外國人及華僑請檢附中華民國居留證)。
5. 擬執業機構出具在職證明文件正本一份。
6. 醫事人員證書正本及其影本一份(正本驗畢後發還)。
7. 專科醫師證書影本一份(不具專科醫師資格者免附)。
8. 繼續教育學分證明一份(前一張執業執照未過期或連續歇業期間未逾二年者免附)。
9. 最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張(黏貼於申請書,一張實貼,一張浮貼)。
10. 規費300元。
11. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。

醫師執業科別變更請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(毋須公會核章)。
2. 專科醫師證書影本一份(不具專科醫師資格者免附)。
3. 醫師證書正本及其影本一份(正本驗畢後發還)。
4. 原核發執業執照正本。
5. 最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張(黏貼於申請書,一張實貼,一張浮貼)。
6. 規費300元。
7. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。

醫事人員資格變更(例如:物理治療生變更為物理治療師)請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(先經「師」公會核章)。
2. 身分證正反面影本一份(外國人及華僑請檢附中華民國居留證)。
3. 原核發「生」執業執照正本。
4. 「師」之醫事人員證書正本及其影本一份(正本驗畢後發還)。
5. 最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張(黏貼於申請書,一張實貼,一張浮貼)。
6. 規費300元。
7. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。

醫事人員姓名變更請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(先經公會核章)。
2. 原核發執業執照正本。
3. 身分證正反面影本一份(外國人及華僑請檢附中華民國居留證)。
4. 醫事人員證書正本及正、反面影印本(證書應有衛生福利部核章加註姓名變更註記)。
5. 最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張(黏貼於申請書,一張實貼,一張浮貼)。
6. 規費300元。
7. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。

驗光所市招及內部設施照片

※拍攝之照片中，驗光所設立應具之設備項目皆應清晰易見。



【市招】機構市招及門牌號



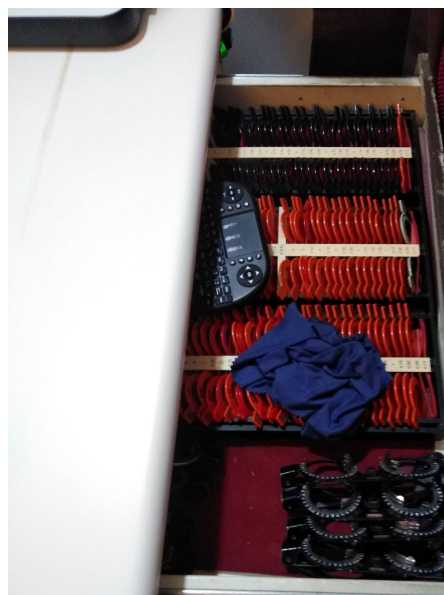
【布簾】如使用布簾隔間，則布簾長度應自天花板或門框頂端垂至及地(至多離地約 15 公分)



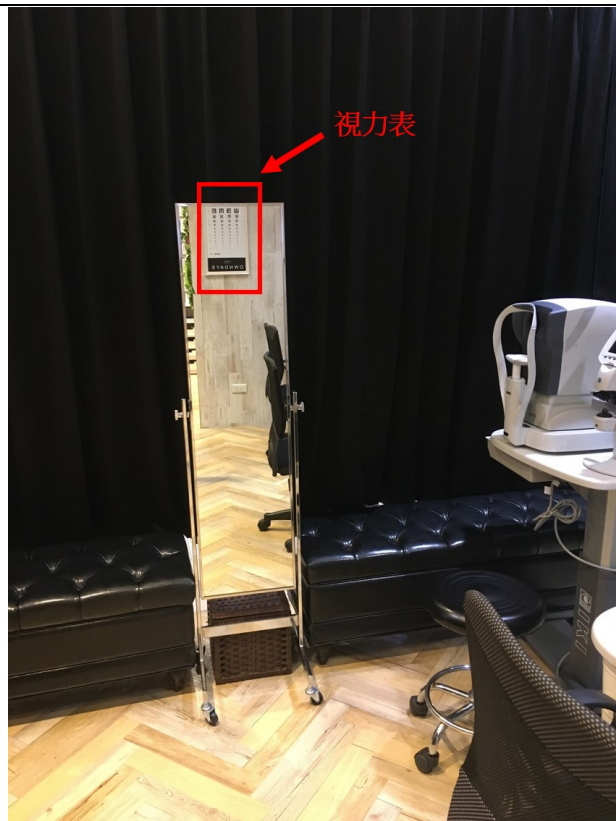
【消防及安全設備】需有滅火器及逃生標示



【洗手設備】驗光所內如無洗手設備(與眼鏡行共用)，則應另備乾洗手。



【儀器設備】各項儀器設備皆須拍攝照片



【鏡子反射法】需拍攝鏡子，且鏡內需可見後方之視力表
(依據驗光所設置標準規定，鏡子與視力表之直線距離需至少 2.5 公尺)