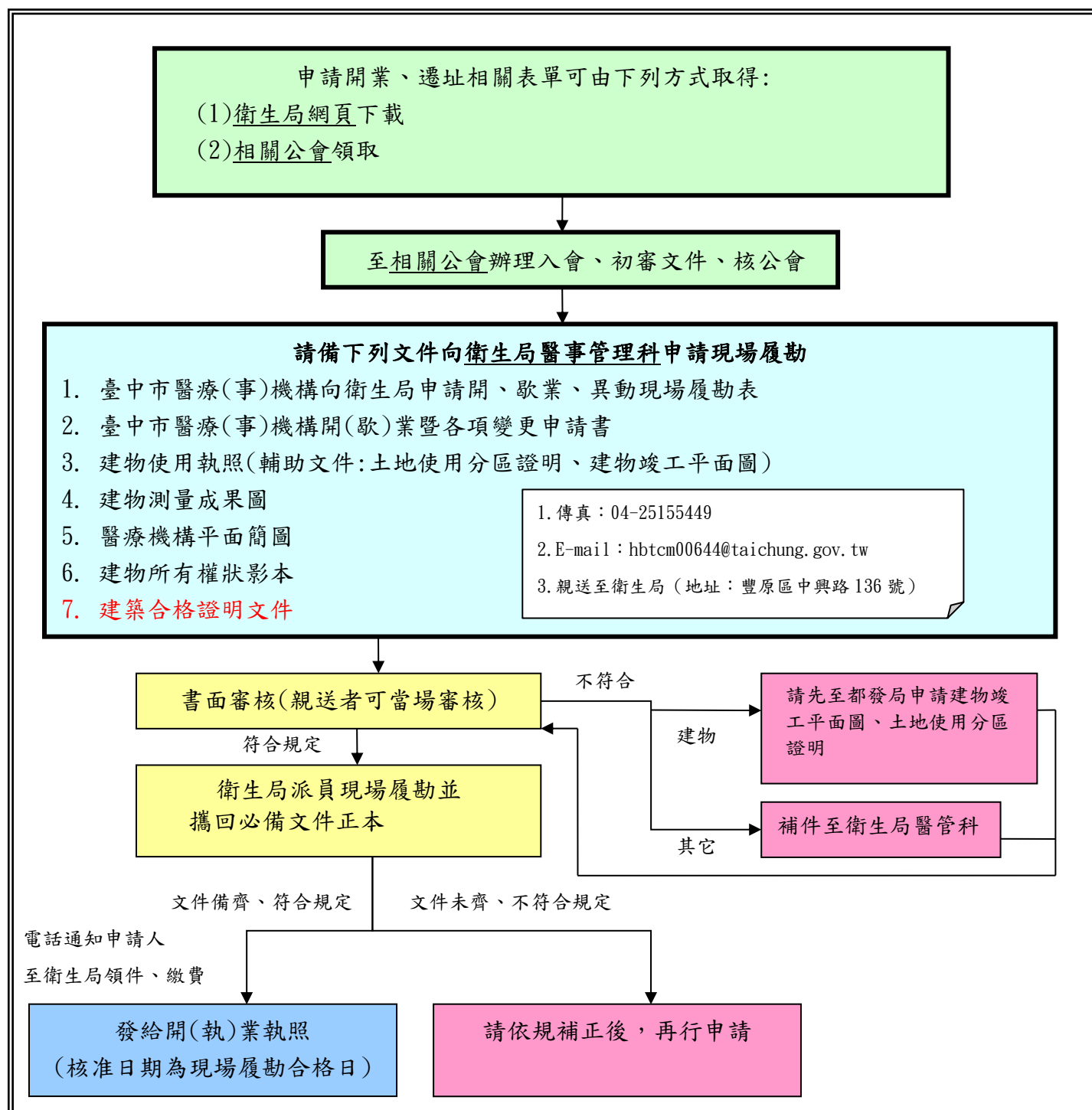
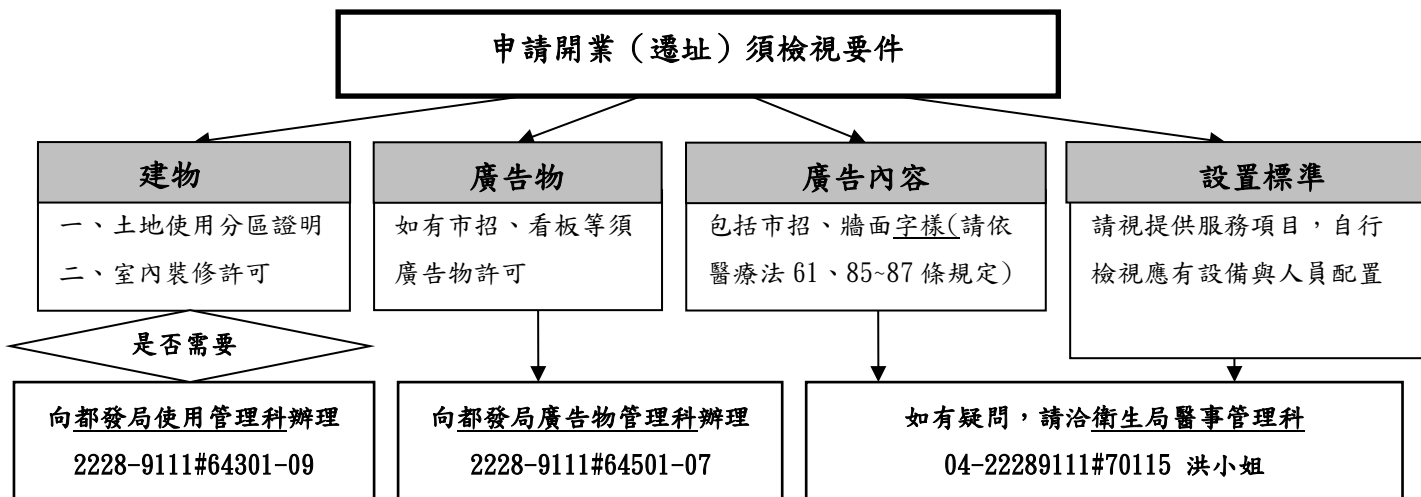


臺中市醫療(事)機構申請開業(遷址)之流程



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

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

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 ☐與眼鏡公司(商號)合設				
設 置 規 格	項目			合格	不合格	說明		
	應有明顯區隔之獨立作業場所					☐ 檢附公司登記證		
	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)							
	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：_____

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



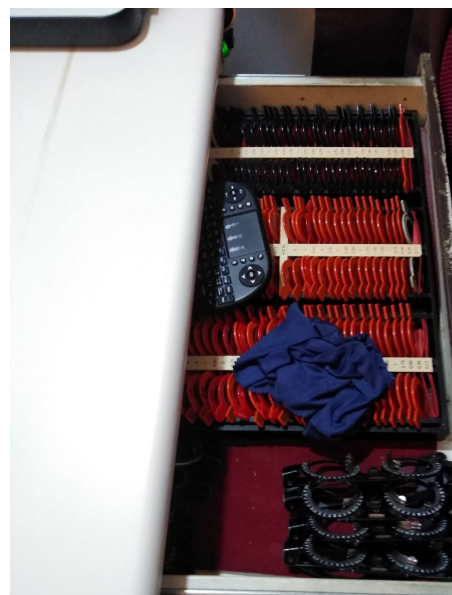
【布簾】如使用布簾隔間，則布簾長度應自天花板或門框頂端垂至及地(至多離地約 15 公分)



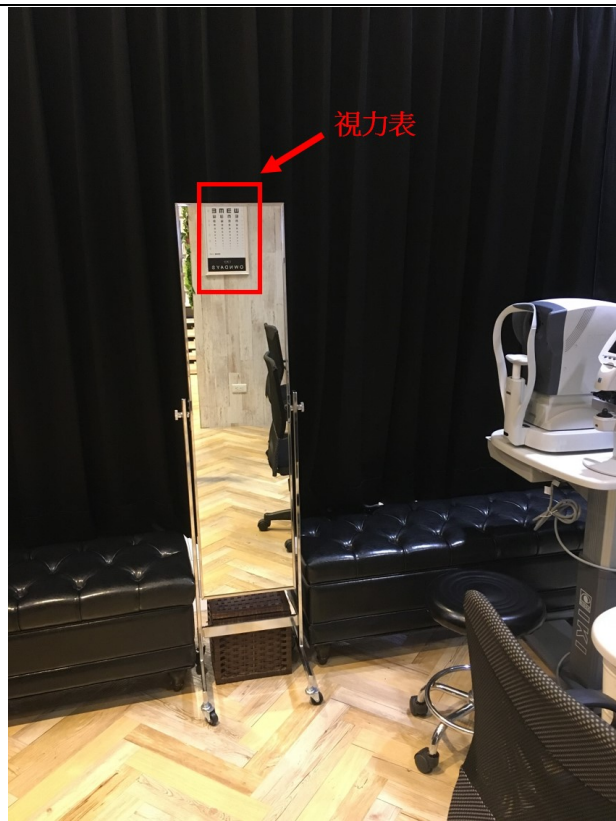
【消防及安全設備】需有滅火器及逃生標示



【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)