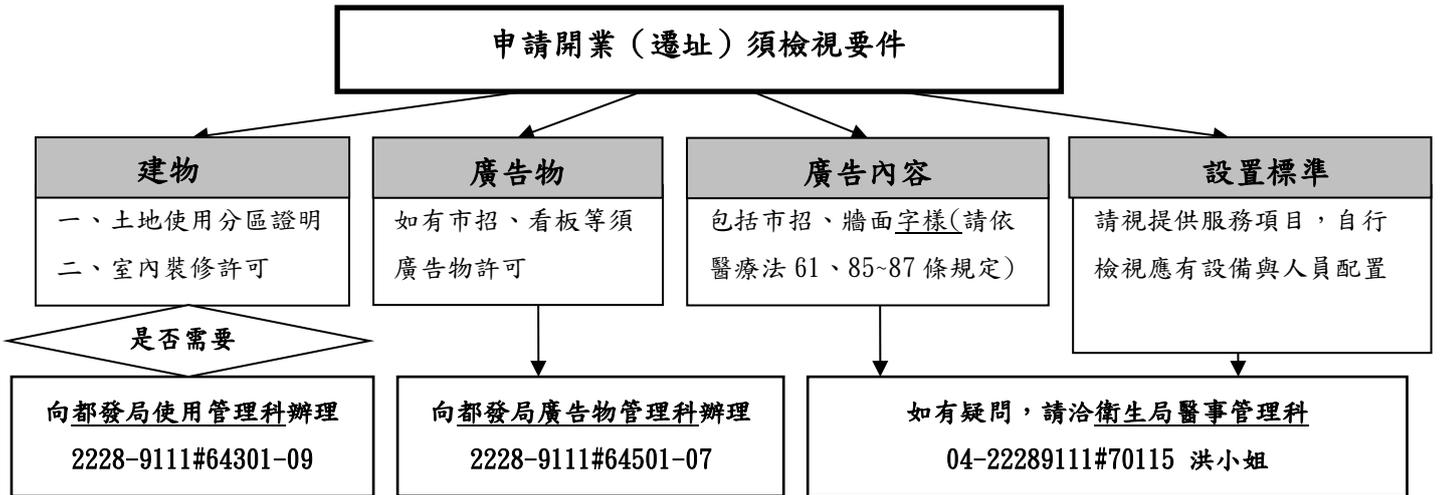


臺中市醫療(事)機構申請開業(遷址)之流程



申請開業、遷址相關表單可由下列方式取得：

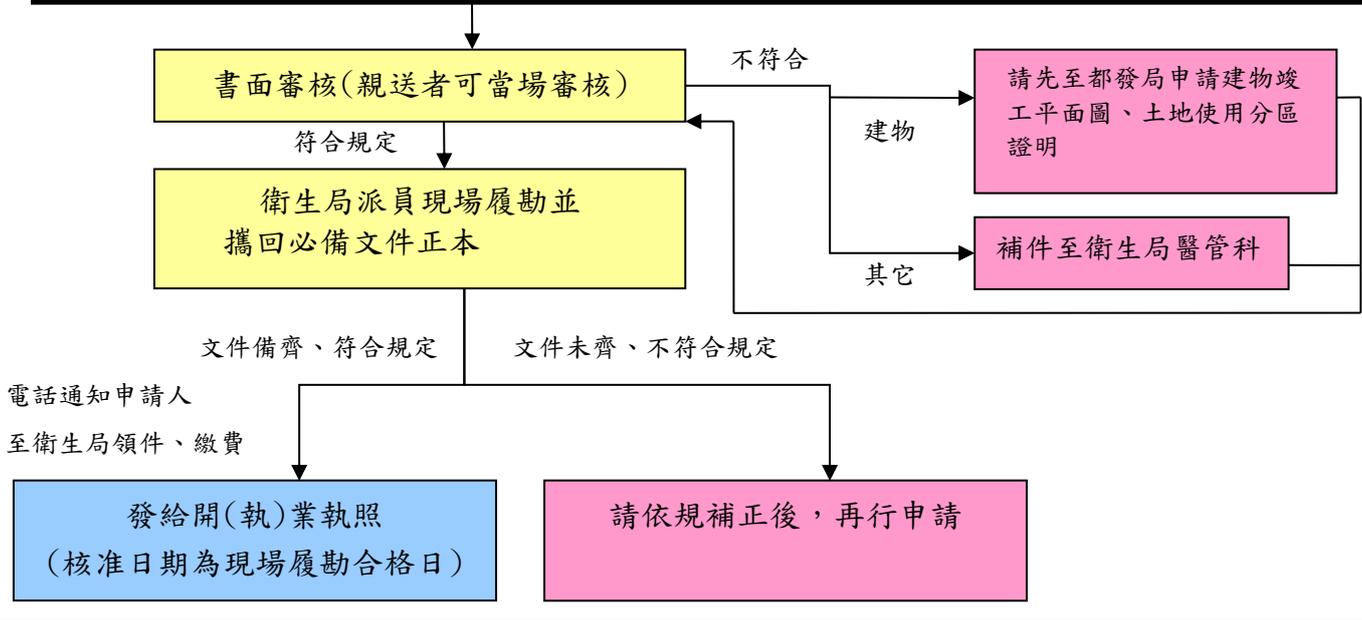
- (1)衛生局網頁下載
- (2)相關公會領取

至相關公會辦理入會、初審文件、核公會

請備下列文件向衛生局醫事管理科申請現場履勘

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
2. 臺中市醫療(事)機構開(歇)業暨各項變更申請書
3. 建物使用執照(輔助文件:土地使用分區證明、建物竣工平面圖)
4. 建物測量成果圖
5. 醫療機構平面簡圖
6. 建物所有權狀影本
7. **建築合格證明文件**

1. 傳真：04-25155449
 2. E-mail：hbtcm00644@taichung.gov.tw
 3. 親送至衛生局（地址：豐原區中興路136號）



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	<input type="checkbox"/> 健保基本資料表 <input type="checkbox"/> 蓋關防申請書		
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	<input type="checkbox"/> 租賃契約書影本 <input type="checkbox"/> 無償使用同意書 <input type="checkbox"/> 免附(負責人為所有權人) <input type="checkbox"/> 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(療)事機構向衛生局申請開、歇業、異動現場履勘表

類別	<input type="checkbox"/> 西醫 <input type="checkbox"/> 中醫 <input type="checkbox"/> 牙醫 <input type="checkbox"/> 醫事機構 <input type="checkbox"/> 其他：	
機構名稱		
機構地址		
負責人姓名		
驗光所填列 設置於眼鏡公司	眼鏡公司(商號):	統一編號:
申 請 項 目	<input type="checkbox"/> 開業	
	<input type="checkbox"/> 歇業	1. 市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 2. 醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除 3. 管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案
	<input type="checkbox"/> 原址新開業 (變更負責人)	1. 原領管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案 2. 變更後負責人：
	<input type="checkbox"/> 同區遷移	1. 新址： 2. 原址市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 3. 原址醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除
	<input type="checkbox"/> 跨區遷移	1. 新址： 2. 原址市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 3. 原址醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除 4. 原領管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案
	<input type="checkbox"/> 變更使用面積	原使用面積_____平方公尺 <input type="checkbox"/> 增加後，面積_____平方公尺 <input type="checkbox"/> 減少後，面積_____平方公尺
	<input type="checkbox"/> 其他	
預定會勘日期		
聯絡人		
聯絡電話		

申請人： (簽名)

中華民國 年 月 日

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、 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 歇業：原市招是否已拆除： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	三、 <input type="checkbox"/> 遷移： (一) <input type="checkbox"/> 同區遷移，原地址：_____ (二) <input type="checkbox"/> 跨區遷移，原地址：_____	
	三、 <input type="checkbox"/> 其他變更事項： (一) <input type="checkbox"/> 機構名稱變更，原_____變更為_____ (二) <input type="checkbox"/> 使用面積變更，原_____變更為_____ (三) <input type="checkbox"/> 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)	

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。 <input type="checkbox"/> 驗光師須於指定機構執業2年以上。 <input type="checkbox"/> 驗光生須於指定機構執業5年以上。 <input type="checkbox"/> 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					
				<input type="checkbox"/> 驗光師	1. <input type="checkbox"/> 非侵入性之眼球屈光狀態測量及相關驗光。 2. <input type="checkbox"/> 一般隱形眼鏡之配鏡。 3. <input type="checkbox"/> 低視力者輔助器具之教導使用。 4. <input type="checkbox"/> 其他依醫師開具之照會單或醫囑單所為之驗光。				
<input type="checkbox"/> 驗光生	1. <input type="checkbox"/> 一般性近視、遠視、散光及老花之驗光。 2. <input type="checkbox"/> 一般隱形眼鏡之配鏡。 3. <input type="checkbox"/> 其他依醫師開具之照會單或醫囑所為之驗光。								
設 置 規 格	<input type="checkbox"/> 獨立設立				<input type="checkbox"/> 與眼鏡公司(商號)合設				
	項目		合格	不合格	項目		合格	不合格	說明
	應有明顯區隔之獨立作業場所				眼鏡公司合法登記				<input type="checkbox"/> 檢附公司登記證
	總樓地板面積：不得小於二十平方公尺。				總樓地板面積：不得小於五平方公尺				
	等候空間				等候空間 <input type="checkbox"/> 與眼鏡公司共用				
	執行業務紀錄之保存設施				執行業務紀錄之保存設施 <input type="checkbox"/> 與眼鏡公司共用				
	手部衛生設備(洗手檯)				手部衛生設備(洗手檯) <input type="checkbox"/> 與眼鏡行共用				
	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； <input type="checkbox"/> 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



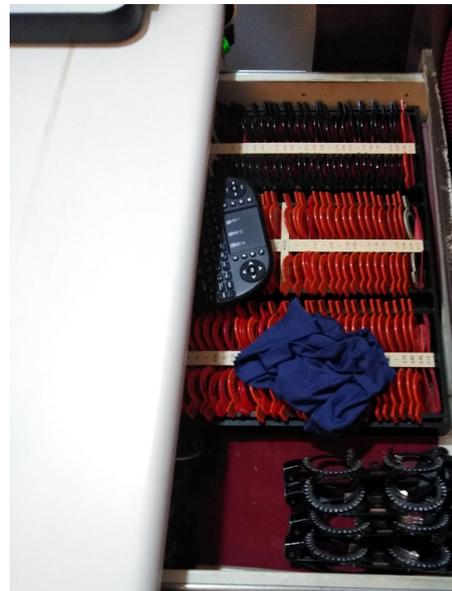
【布簾】如使用布簾隔間，則布簾長度應自天花板或門框頂端垂至及地(至多離地約 15 公分)



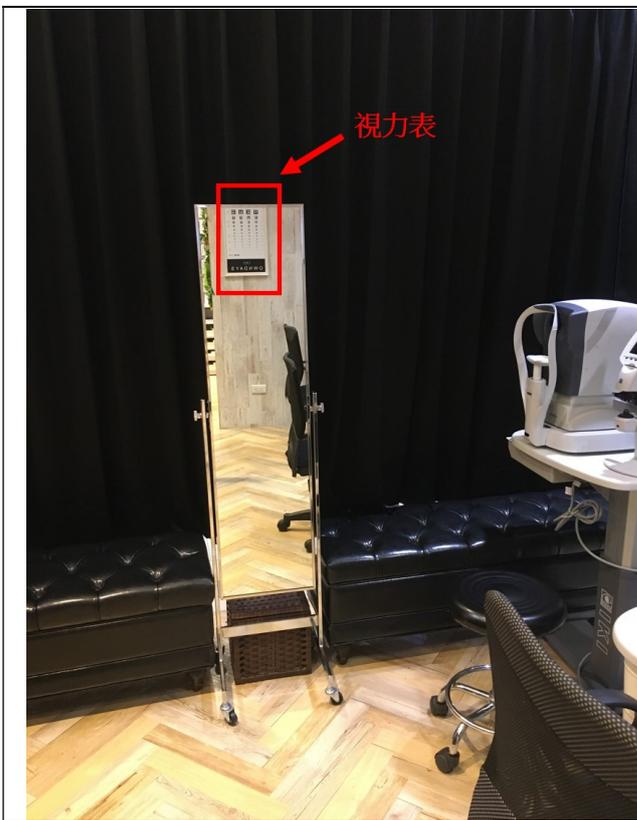
【消防及安全設備】需有滅火器及逃生標示



【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)