

臺中市政府衛生局 115 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：