

臺中市政府衛生局護理機構登記事項變更申請書

修定日期 1040206

機構基本資料	名稱			
	地址			
	電話		開業日期	
	傳真		機構代碼	
申請人資料	姓名		出生年月日	
	電話		身分證字號	
	地址			
	法人名稱		事務所所在地	
變更事項	<input type="checkbox"/> 名稱/法人/申請人變更			
	<input type="checkbox"/> 開業地址變更 (限同區遷移)			
	<input type="checkbox"/> 負責人變更			
	<input type="checkbox"/> 契約醫院變更			
<input type="checkbox"/> 設立資料變更 (病床數、業務項目、設置標準項目……………等)				
<input type="checkbox"/> 停業/復業/歇業 (日期：___/___/___/至___/___/___/)				
<input type="checkbox"/> 其他事項				
原登記事項				
變更後登記事項				
負責人簽章		(蓋章)		
申請人簽章		(蓋章)		
申請日期	中華民國 年 月 日			