

# 臺中市政府衛生局執業機構代碼申請表

(1)	機關全銜名稱			
(2)	機關地址	臺中市	區	路(街) 段 巷 弄 號 樓
(3)	機關聯絡電話	( )		
(4)	機關傳真	( )		
(5)	機關負責人 (請加蓋大小章)	負責人印信	機關印信	
(6)	負責人出生日期	年	月	日
(7)	負責人國籍			
(8)	負責人身分證字號			
(9)	身分證影本(外國人請附中華民國居留證影本)			
(10)	正面黏貼處		反面黏貼處	
(11)	聘用醫事人員類別	<input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
(12)	請敘明聘用該類醫事人員之法源及業務內容			

註：本申請表專供非醫療(事)機構填用，另需檢附設立許可證明文件，始得據以申請。

中 華 民 國                      年                      月                      日