

臺中市醫療(事)機構開(歇)業暨各項變更申請書

診所 基本資料	診所名稱：_____診所，負責醫師：_____ 地址：臺中市_____區_____ 電話：_____傳真：_____	照片 黏貼處 (歇業免貼)
申 請 事 項	<p>一、 <input type="checkbox"/>開業</p> <p>負責醫師基本資料：</p> 姓名：_____ 生日：____/____/____ 電子郵件：_____ 身分證字號：_____ 醫師證書字號：_____ 字第_____號 專科醫師證書字號：_____ 專醫字第_____號 診療科別：_____ 登記設施： <input type="checkbox"/> 診療室：____間； <input type="checkbox"/> 觀床病床：____床； <input type="checkbox"/> 手術台：____台； <input type="checkbox"/> 嬰兒床：____床； <input type="checkbox"/> 產科病床：____床； <input type="checkbox"/> 血液透析床：____床 醫事人員數： 1. 醫師：____人 2. 中醫師：____人 3. 牙醫師：____人 4. 護理人員：____人 5. 藥事人員：____人 6. 物理治療人員：____人 7. 職能治療人員：____人 8. 語言治療人員：____人 9. 聽力治療人員：____人 10. 醫事檢驗人員：____人 11. 醫事放射人員：____人 12. 呼吸治療人員：____人 13. 牙體技術人員：____人 14. 助產人員：____人 15. 驗光人員：____人 診所使用面積：_____ 平方公尺	
	<p>二、 <input type="checkbox"/>歇業</p> <p>三、 <input type="checkbox"/>遷移：</p> (一) 同區遷移，原地址：_____ (二) 跨區遷移，原地址：_____ <p>四、 <input type="checkbox"/>其它變更事項：</p> (一) <input type="checkbox"/> 機構名稱變更，原_____變更為_____ (二) <input type="checkbox"/> 診療科別變更，原_____變更為_____ (三) <input type="checkbox"/> 使用面積變更，原_____變更為_____ (四) <input type="checkbox"/> 其它事項變更，原_____變更為_____	
	負責醫師簽名：_____ 申請日期：____/____/____ 公會戳章欄：	