

臺中市政府衛生局稽查診所申請歇業、遷移現場查核表

稽查日期： 年 月 日

申請人		診所名稱	
地址			
查 核 事 項		是 否 符 合	備 註
一、 市招： <input type="checkbox"/> 市招已全部拆除。 <input type="checkbox"/> 市招尚有_____科標示。 <input type="checkbox"/> 市招尚有診療時間等字樣。			
二、 醫療設備： <input type="checkbox"/> 現場無醫療設備。 <input type="checkbox"/> 現場仍有_____醫療設施或設備。 現有醫療設施暫時存放原址，並保證不在原址使用此醫療設施，如有虛偽情事，具結人願負法律上一切責任。 具結人：_____（簽章） 身分證號碼：_____			
三、 管制藥品處理(限西醫診所使用) <input type="checkbox"/> 無管藥證號。 <input type="checkbox"/> 領有管藥證字號：_____ <input type="checkbox"/> 已結存 <input type="checkbox"/> 已轉讓 <input type="checkbox"/> 已銷毀 <input type="checkbox"/> 已減損處理 <input type="checkbox"/> 已處理完成			
支援報備注意事項：			
<input type="checkbox"/> 臺端於 年 月 日向本局申請歇業會勘，經現場稽查合格後，會勘日即為機構歇業日期，原報備支援案件將於機構歇業日自動註銷，如需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。 <input type="checkbox"/> 無支援報備申請案件。 請醫師簽名確認知悉：_____			
符合規定 (稽查人員簽章)	請改善後再申請 (稽查人員簽章)	負責醫師簽章	

※ 歇業後文件寄送地址：_____