

臺中市醫療(事)機構向衛生局申請開、歇業、異動現場履勘表

類別	<input type="checkbox"/> 西醫 <input type="checkbox"/> 中醫 <input type="checkbox"/> 牙醫 <input type="checkbox"/> 醫事機構 <input type="checkbox"/> 其他：	
機構名稱		
機構地址		
負責人姓名		
申 請 項 目	<input type="checkbox"/> 開業	
	<input type="checkbox"/> 歇業	1. 市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 2. 醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除 3. 管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案
	<input type="checkbox"/> 原址新開業 (變更負責人)	1. 原領管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案 2. 變更後負責人：
	<input type="checkbox"/> 同區遷移	1. 新址： 2. 原址市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 3. 原址醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除
	<input type="checkbox"/> 跨區遷移	1. 新址： 2. 原址市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 3. 原址醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除 4. 原領管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案
	<input type="checkbox"/> 變更使用面積	原使用面積_____平方公尺 <input type="checkbox"/> 增加後，面積_____平方公尺 <input type="checkbox"/> 減少後，面積_____平方公尺
	<input type="checkbox"/> 其他	
預定會勘日期		
聯絡人		
聯絡電話		

申請人： _____ (簽名)
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

臺中市醫事機構開(歇)業暨各項變更申請書

醫事機構 基本資料	醫事機構名稱：_____，負責人：_____ 地址：臺中市_____區_____里_____ 電話：_____傳真：_____	照片 黏貼處 (歇業免貼)
申 請 事 項	一、 <input type="checkbox"/> 開業 負責人基本資料： 姓名：_____出生年月日：___/___/___ E-Mail _____ 身分證字號：_____醫事人員證書字號：_____字第_____號 機構醫事人員數： 1. 護理師(士)_____人 2. 物理治療人員_____人 3. 職能治療人員_____人 4. 語言治療人員_____人 5. 聽力治療人員_____人 6. 醫事檢驗人員_____人 7. 醫事放射人員_____人 8. 呼吸治療人員_____人 9. 牙體技術人員_____人 10. 助產人員_____人 11. 驗光師(生)_____人 12. 其它_____ 醫事機構面積：_____平方公尺 二、 <input type="checkbox"/> 歇業：原市招是否已拆除： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 三、 <input type="checkbox"/> 遷移： (一) <input type="checkbox"/> 同區遷移，原地址：_____ (二) <input type="checkbox"/> 跨區遷移，原地址：_____ 三、 <input type="checkbox"/> 其他變更事項： (一) <input type="checkbox"/> 機構名稱變更，原_____變更為_____ (二) <input type="checkbox"/> 使用面積變更，原_____變更為_____ (三) <input type="checkbox"/> 其他，原_____變更為_____	
負責人簽名：_____ 公會戳章欄：(請務必先至公會核章)		申請日期：___/___/___

臺中市政府衛生局醫事機構醫事人員名冊

編號	醫事人員類別	姓名	性別	出生年月	證書字號	身分證字號	備註
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

填表日期：

製表人： _____

臺中市政府衛生局依據個人資料保護法第8條規定進行個資蒐集前之告知內容

為了促進個人資料之合理利用並避免人格權受侵害，爰針對本次之個人資料蒐集，依個人資料保護法（以下簡稱個資法）第8條規定告知下列事項：

一、蒐集目的及方式：本局基於進行醫療（事）機構管理等，凡本局業務上目的及行政協助相關機構法定職務之目的需要，將透過您自行在相關申請書上填寫個人資料之方式進行個資之蒐集及處理。

二、蒐集之個人資料類別

本局蒐集的個人資料包括醫事機構開業登記中的資料，其類別如開業機構登記之名稱、地址開、執業執照字號、核准日期、負責醫事人員等相關資料，且包括但不限於各類別所列舉之子項目：

（一）辨識個人者：如姓名、地址、電話、電子郵件等資訊。

（二）個人描述：如性別、出生年月日。

三、利用期間、地區、對象及方式

（一）期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間或本局因執行職務所必須保存之期間或依相關法令規定之保存期限。

（二）地區：個人資料將用於台灣地區。

（三）利用對象及方式：各單位依法定職務為必要之登錄及記載及處理及您因執業加入之所屬公會，本局將於核准您開業或辦理異動事項時函文副知上開單位。

四、您依個資法第3條得行使的權利：

個資當事人得針對本局保有之個人資料，行使下列權利：

（一）查詢或請求閱覽。但本局依法得酌收必要之成本費用。

（二）請求製給複製本。但本局依法得酌收必要之成本費用。

（三）請求補充或更正。惟當事人應為適當之釋明。

（四）請求停止蒐集、處理或利用。

（五）請求刪除。

個資當事人可來電洽詢本局個資問題服務專線04-25265394*3220、3230、3240進行申請。

五、您若不提供個人資料所致權益影響：

您得自由選擇是否提供相關個人資料，惟當事人若拒絕提供相關個人資料，本局將無法進行必要之審核及處理程序，致無法進行維護或登錄您之權益。

以上本人已充分瞭解 貴局蒐集、處理、利用本人個人資料之目的及用途，並同意貴局在上述蒐集目的內蒐集、處理、利用本人之個人資料

受告知人（即立同意書人）簽章：

身份證字號：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

臺中市政府衛生局稽查醫事機構申請歇業、遷移現場查核表

稽查日期： 年 月 日

申請人		醫事機構名稱	
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_____標示。 <input type="checkbox"/> 市招尚有服務時間等字樣。			
二、 治療設備： <input type="checkbox"/> 現場無治療設備。 <input type="checkbox"/> 現場仍有_____治療設施或設備。 現有治療設施暫時存放原址，並保證不在原址使用此治療設施，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			
符合規定 (稽查人員簽章)	請改善後再申請 (稽查人員簽章)	負責人簽章	

※ 歇業後文件寄送地址：