

## 附件5-臺中市政府衛生局受理醫事人員停業(復業)申請書

基本資料	醫事人員類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 聽力師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 驗光師(生)		
	姓名		身分證 統一編號	
	執業機構名稱		執業機構代碼	
	文書送達 地址		聯絡電話	
申請事項	<input type="checkbox"/> 停業	日期	自____年____月____日起至____年____月____日止 ※停業期滿如需繼續，應向原發照機關核備，惟停業期間最長不超過一年，超過一年者應辦理歇業，違反者，依各類醫事人員法處罰鍰。	
		事由	<input type="checkbox"/> 出國進修 <input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 機構內部整修 <input type="checkbox"/> 育嬰留停 <input type="checkbox"/> 休養 <input type="checkbox"/> 其它	
	<input type="checkbox"/> 復業	日期	自____年____月____日起(復業日如有異動，請提前辦理)	

**※以下欄位機構負責人停業必填，非機構負責人無需填寫。**

停業期間有無代理負責人：有(請詳填以下代理負責人資料)

無(請檢附其他醫事人員停(復)業申請書)

代理負責人 (或醫師) 姓名		執業場所	
		執業機構代碼	
執業執照	中市衛____執字第____號		執業縣市
機構內醫事人員 是否一併停業	<input type="checkbox"/> 是【請檢附其他醫事人員停(復)業申請書】 <input type="checkbox"/> 否		

申請人		代辦人		申請日期	____/____/____
	(簽名或蓋章)		(簽名或蓋章)		
機構核章欄	公會核章欄		(請先行詢問是否需經公會核章)		

備註：(1)本申請案件應於停業事實發生日起30日內，檢附機構停業證明文件(或於機構核章欄蓋章)後，向本局核備完成。

(2)復業日期如有異動，請於事實發生日前，檢附機構復業證明文件(或於機構核章欄蓋章)後，向本局核備完成。

(3)聘有代理負責人之醫療院所(或醫事機構)，應另檢附代理負責人本人及其執業機構同意書，另代理人應依相關醫事人員法規定，向執業登記所在地之主管機關辦理報備支援事項。

(4)代理負責人應具備相關負責人資格(如：專科醫師資格、2年醫療院所(醫事機構)負責人資格...)