臺中市醫療（事）機構開、歇業暨登記變更申請書

機構基本資料	機構名稱：_____心理諮商/治療所，負責人：_____ 地址：臺中市_____區_____里_____ 電話：_____傳真：_____
申請事項	一、☐ 開業 負責人基本資料： 姓名：_____出生年月日：___/___/___ E-Mail：_____ 身分證字號：_____證書字號：_____字第_____號 專科醫師證書字號：_____（無者免填） 登記科別：_____科_____科 設立床數：☐觀察病床：_____床 ； ☐產科病床：_____床 ☐其他：_____病床_____床 機構醫事人員數： 1.醫師_____人 2.中醫師_____人 3.牙醫師_____人 4.護理師(士)_____人 5.藥師(生)_____人 6.呼吸治療師_____人 7.醫事檢驗師(生)_____人 8.醫事放射師(士)_____人 9.物理治療師(生)_____人 10.職能治療師(生)_____人 11.心理師_____人 12.其他類：_____ 機構面積：_____平方公尺 二、☐ 歇業：原市招是否已拆除：☐是；☐否 （一） ☐單純歇業 （二） ☐同區遷移，原地址_____ 變更為_____ 三、☐ 其他登記事項變更： （一） ☐機構名稱變更，原_____變更為_____ （二） ☐診療科別變更，原_____變更為_____ （三） ☐其他，原_____變更為_____
負責人簽章：_____申請日期：_____/_____/_____ 公會戳章欄：_____	