

臺中市政府衛生局 113 年「預防愛滋衛教諮詢站」
申請資格審核表

單位名稱：

代表人：

電話：

地址：

一、單位審核資料

★請檢附藥局(開業執照)或販賣業藥商許可執照或醫療、醫事機構開業執照影本乙份。

二、執行人員資格審核

★請填寫下表並檢附藥師、藥劑生、醫檢師等"相關證明文件"影本乙份

職稱	姓名	相關證明文件 (如證書字號或執照字號)	備註

~感謝您的配合，以下由本局填寫，謝謝~

.....
審核結果：符合 不符合，原因：_____

審核日期：

審核人員：

業務主管：