

私立醫療機構變更負責醫師

開業申請書

機構類別 (中、西、牙)	機構名稱				
機構地址			電 話		
原負責人姓名		出生年月日		身分證字號	
變更後 負責人姓名		出生年月日		身分證字號	
應檢附文件	<input type="checkbox"/> 新舊負責醫師簽訂權利義務全部概括承受之契約 <input type="checkbox"/> 原負責人開業及執業執照繳回				
稽查組查核 事項及核章	1. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 變更負責醫師前後，機構名稱、地址、建築物之樓地板面積及樓層、服務設施裝備、醫事人員及診療科別等是否均維持現狀 2. 總樓地板面積：_____ 平方公尺 3. 診療科別：_____ 4. 獨立診療室_____間 5. 牙科治療台_____台 6. 觀察病床 _____床 7. 產科病床 _____床 8. 血液透析床_____床 9. 門診手術室_____間 10. 服務設施：_____			稽查組核章處	
				查核人員： 組 長：	
公會異動證明	原負責人： <input type="checkbox"/> 已入會 <input type="checkbox"/> 已退會 <input type="checkbox"/> 已變更 新負責人： <input type="checkbox"/> 已入會 <input type="checkbox"/> 已退會 <input type="checkbox"/> 已變更			承辦人：	
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 申請人(新負責人)簽章： (代理人)					
核 定	<input type="checkbox"/> 經核符合規定准予辦理 承辦人： 科 長：		批 示		