

醫療機構、醫事機構（開、歇、復、停）業

異動申請書

機構類別		姓名		電話	
出生年月日			身分證字號		
原醫療、醫事機構名稱			原機構地址		
原機構開業執照字號					
新醫療、醫事機構名稱			新機構地址		
應檢附文件	建築物使用執照： <input type="checkbox"/> G3 類別 <input type="checkbox"/> 合法房屋證明文件 <input type="checkbox"/> 醫療、醫事機構平面配置圖 <input type="checkbox"/> G2 類別（僅執行居家業務） 總樓地板面積；_____ 平方公尺				
醫療機構診療科別					
機構及負責人停業期間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止				
異動	原因		日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
公會異動證明	<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 申請人簽章： （代理人）					
核定				批 示	