檔號：010201
保存年限：10
檔案應用：限制開放

HB-FO-102-1

宜蘭縣醫療機構醫事人員登記事項變更申請書

相片粘貼處

申請人姓名		簽章		申請日期	中華民國 年 月 日	
類別	□醫師□中醫師□牙醫師□醫檢師(生) □物理師(生)□職能師(生) □語言 □放射師(生) □心理師□呼吸治療師 □牙體技術師(生) □營養師(生)	證書字號	第 字 號	執業執照字號	宜府衛 字 號	
※開業執照字號	第 字 號	機構代碼		電話		
醫療機構名稱		負責醫師姓名				
代理人簽章	(＊非本人親自申請者須填)	代理人身份證字號				

登記類別	變更事項(請勾選)	原登記(請詳細填寫)	申請變更後登記(請詳細填寫)
※醫療機構	□機構名稱 □診療科別 □負責醫師 □地址 □其他_____		
醫事人員	□執業科別 □執業場所(請加填場所代碼) □其他_____		

擬辦	批示
承辦人 科室主管	第二層決行 局長 縣長

註：※為機構變更者填寫，純執業人員不需填寫

檢附資料 ＊繳回原發執照 ＊檢附變更相關證明資料（如到職證明與離職證明）。
＊備封袋裝入１ 規費從醫療法規定 ２身分證影本乙份 ３照片（機構變更三張、執業人員變更兩張，一張貼於右上角）。

收費章	繳交規費(新台幣)
	□300 元 □1,000 元 □1,150 元 □2,000 元 □其他_____

承辦單位：宜蘭縣政府衛生局醫政科
連絡電話：(03)9322634 轉 1218
1223