

醫療機構 宜蘭縣醫事人員歇業申請書

機構歇業請填公文函送詳細地址：

連絡電話：

申請人姓名		簽章		申請日期	中華民國 年 月 日	
身份證字號					出生年月日 年 月 日	
類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 醫檢師(生) <input type="checkbox"/> 物理師(生) <input type="checkbox"/> 職能師(生) <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 放射師(生) <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 營養師(生)			證書字號	字第 號	執業科別 (僅醫師需填)
醫療機構名稱			負責醫師姓名		電話	
醫療機構地址						
※醫療機構代碼				※開業執照字號	字第 號	
執業執照字號	宜府衛 字第 號			歇業日期	中華民國 年 月 日	
代理人簽章	(*非本人親自申請者須填)		代理人身份證字號			
擬辦	批 示					
承辦人 科室主管	第二層決行 局長 縣長					

註：醫療機構申請歇業，原址應清除醫療設置，市招應先行拆除以備檢查。

檢附文件：一、醫療機構歇業 *繳回開、執業執照。 *附醫事人員證書正本登錄。

二、執業人員歇業 *繳回執業執照。 *離職證明書。 *附醫事人員證書正本登錄。

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