

檔號：010201

保存年限：10

檔案應用：限制開放

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：

聯絡電話：

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"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 聽力師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 驗光師(生) <input type="checkbox"/> 助產師(士)										證書字號	第	字號	執業科別 (僅醫師需填)										
機構名稱	負責人姓名										聯絡電話													
機構地址																								
※機構代碼												※開業執照字號	字第 號											
執業執照字號	宜府衛 字第										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										第三層決行 局長 縣長														

註：1. 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。

2. 領有管制藥品登記證者需辦理結存繳回(洽食品藥物管理科)。

檢附文件：一、醫療機構歇業 *繳回機構開業執照及負責人執業執照。*公會證明。

二、執業人員歇業 *繳回執業執照。*離職證明書。*公會證明。

三、非本人辦理時，代理人需於申請書上簽章及填寫身分證字號，並檢具身分證正本(查驗)及影本(存查)。

承辦單位：宜蘭縣政府衛生局醫政科 聯絡電話：(03)9322634 轉 1274(醫事人員)、1263(醫院)

1265、1270、1273(醫療及醫事機構)