檔號：010201
保存年限：10
檔案應用：限制開放

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□營養師□物理治療師(生)□職能治療師(生)□醫事檢驗師(生)□醫事放射師(士)□呼吸治療師□心理師□語言治療師□聽力師□牙體技術師(生) □驗光師(生)□助產師(士)	證書 字號	字 第 號	身分證 字 號	
※開業執 照字號	字 第 號	機構 代碼		聯 絡 電 話	
機 構 名 稱				負責人 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)	原登記事項(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	第三層決行 局長 縣長

註：※為機構變更者填寫，純執業人員不需填寫

檢附文件：＊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）。＊公會證明。 ＊專科證明文件影本。＊附醫事人員證書、身份證正本(查驗)及影本(存查)。＊相片（機構變更三張、執業人員變更兩張，一張貼於本申請書右上角）。＊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)。

收 費 章	繳交規費(新台幣)
	□300 元(人員) □1,000 元(診所) □1,500 元(醫院 99 床以下) □2,000 元(醫院 100 床以上) □其他_____

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)