新北市醫療（事）機構開業、歇業、異動登記申請書

負責人簽章：　　印章（簽名亦可）　　申請日期：　　年　月　日

身份證字號：

聯絡電話：　　手機：

聯絡地址：

電子信箱：

□西醫診所　□物理治療所　□居家物理治療所　□聽力所
□中醫診所　□職能治療所　□居家職能治療所　□驗光所
□牙醫診所　□語言治療所　□牙體技術所　□助產所
□醫事放射所　□醫事檢驗所　□其他：

開業
- 脫帽照片三張
- 貼一張浮貼二張

補發、換發
- 脫帽照片二張
- 貼一張浮貼一張

申請事項	□開業　□登記事項變更 □歇業　□補發　□換發　□其他：	機構一歇一開 前次開業日期	□是
機構資金來源	□獨資　□合夥　□其他：	負責人高齡註記	□80 歲以上
機構代碼		機構負責人	
機構名稱		機構電話	
機構地址		機構實際使用樓地板面積	平方公尺
		使用分區	□商業區　□住宅區 □其他：
醫療機構診療科別（醫事機構業務項目）		**請申請人切結立案地址是否有其他醫療、藥事、護產、醫事機構設立，或營業登記、商工登記？** **□有，機構名稱：** **□無** 業者簽章	
聯合診所／醫事機構（二家以上機構聯合設置）	□是，共同市招名稱： □否		
醫療機構設施 病床	□門診診療室：　□觀察病床：　□手術台：　□產台：　□血液透析床： □牙醫治療台：　□產科病床：　□嬰兒床：　□其他：		
醫療機構設施 設備	□調劑設施：　□復健治療設施（□物理　□職能　□語言　□聽覺）： □檢驗設施：　□放射線設施：　□門診手術室：　□嬰兒室：　□產房： □驗光設施：　□透析治療室：　□牙體技術室：　□其他：		
負責醫事人員證書	字　　號	公會證明	□有（開業應出具）
負責醫師執業科別			
專科醫師證書	字　　號　有效期限：自　　年　月　日起至　　年　月　日止		
專科醫師證書	字　　號　有效期限：自　　年　月　日起至　　年　月　日止		
機構歇業應辦事項	□已將原址市招拆除		
	診所是否領有管理藥品： □無　□有，已依管制藥品管理條例規定辦理　□尚未辦理，請當地衛生所確認審核		
	其他備註事項：		
登記事項變更	□機構名稱　□機構地址　□病床數／設備　□診療科別／業務項目　□其他：		
	原登記事項：	變更後登記事項：	