

新北市牙體技術所設施評估勘查表

申請日期： 年 月 日

機構名稱：				
地址： 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓(樓層)之		衛生所(填寫欄)請先於醫事管理系統之「醫療機構管理、藥事機構管理、護產機構管理、其他醫事機構管理」查核同址是否有其他醫療機構設立 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有機構名稱： _____ 查核人簽章： _____		
負責人		聯絡電話：		
區分	人 員 及 設 施	現 況		
機構人員	牙體技術師(生) 人	其他 人		
說明				備註
負責 牙體 技術 師 (生) 之 資格	申請設立牙體技術所，牙體技術師應執行牙體技術業務滿二年以上；牙體技術生應執行牙體技術業務滿五年以上，始得為之。 前項年資之採計，以領有牙體技術師、牙體技術生證書，並依本法向直轄市、縣(市)主管機關辦理執業登記者為限。但於本法公布施行前已執行業務者，其實際服務年資得併予採計。			衛生所書面 審查時查核
項目		實際設施	評估	
			合格	不合格
技 術 所 設 備	有明顯區隔之獨立作業場所			
	明顯劃分成品區，並設有清洗設備、污物處理設備、吸塵設備及金屬、石膏研磨機			
	有通風設備、防塵及採光照明設備			
	其他足以執行牙體技術業務之設備及保存執行業務紀錄之設施			
總樓地板面積，不得小於二十平方公尺				
牙體技術所與其他醫事機構同址設立時，應各有明顯區隔之獨立出入口				
市招內容：				

備註：1、經衛生單位初勘不合格於三日內(以不超過權責機關/作業期限/現場會勘時間為限)改善，並經複查合格者，仍以申請日為發照日；逾三日改善完成者，以改善後複查日為發照日。
 2、本表請於現場履勘後由衛生稽查科主管核章，再回傳至衛生所憑辦。

稽查日期： 年 月 日 會勘結果：完全符合 未符合規定，請改善符合規定後再行申請複勘

機構負責人簽章： _____ 稽查人員簽章： _____ 主管核章： _____

TO: 新北市政府衛生局衛生稽查科 TEL: 22520205ex9 FAX: 22519910

FROM: 新北市 衛生所 承辦人： _____

聯絡電話： _____ 傳真： _____ 日期： 年 月 日 時 分