

# 臺北市醫事人員業態異動（執業、歇業、變更、報准）登記申請表

姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 出生年月日：\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

醫事人員證書字號：\_\_\_\_\_ 字第\_\_\_\_\_ 號 專科醫師登記科別：\_\_\_\_\_

執（歇）業機構名稱：\_\_\_\_\_ 機構代碼：\_\_\_\_\_

機構地址：臺北市\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_ 機構電話：\_\_\_\_\_

類別：醫師 中醫師 牙醫師 護理師 護士 助產師 助產士 藥師 藥劑生  
營養師 醫事檢驗師 醫事檢驗生 醫事放射師 醫事放射士 物理治療師 物理治療生  
職能治療師 職能治療生 呼吸治療師 臨床心理師 諮商心理師 牙體技術師  
牙體技術生 驗光師 驗光生 其他

【請依申請類別勾選填寫】

執業登記 執業日期：自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_起

停業登記 自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_至\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

復業登記 自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_起

歇業 歇業日期：\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_（離職生效日）

（若執業機構或醫事人員歇業，原報准案件將自動註銷，如有繼續支援之需求，請重新申請報准）

報准前往其他機構執行業務：

期間：自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_至\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

時段：上午（每星期一，二，三，四，五，六，日）

下午（每星期一，二，三，四，五，六，日）合計：\_\_\_時段

晚上（每星期一，二，三，四，五，六，日）

前往其他機構名稱：\_\_\_\_\_ 機構代碼：\_\_\_\_\_

前往其他機構地址：\_\_\_\_\_

註銷前往其他醫療機構執行醫療業務：自\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_起（原核准文號：\_\_\_\_\_）

變更登記 原登記事項：\_\_\_\_\_ 變更後登記事項：\_\_\_\_\_

遺失（毀損）補發執業執照  到期換發執業執照 原發證日期：\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

申請日期：\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 申請人簽章：\_\_\_\_\_

代理人簽章：\_\_\_\_\_ 代理人身分證字號：\_\_\_\_\_（檢附委託書）

領取執照方式：

自行取件，地點  臺北市政府聯合服務中心衛生局櫃台（市政大樓北區1樓）

衛生局衛生稽查科（東、西、南、北、中區稽查股）

郵寄取件（通訊電話：\_\_\_\_\_ 郵寄地址：\_\_\_\_\_）

承辦人：\_\_\_\_\_