

臺北市政府衛生局 『醫事人員』執業登錄、歇業及變更申請書

(藥事、營養師不適用本表)

姓名：_____ 行動電話：_____ Email：_____

(離職)機構名稱：_____ 執業機構名稱：_____

(離職)機構代碼：_____ 執業機構代碼：_____

醫事人員證書字號：_____ 字第_____ 號

執業執照字號：北市衛_____ 執字第_____ 號(新登錄者免填)

執業科別：_____ 科_____ 科

專科醫師證書字號：_____ 專醫字第_____ 號(有效期限：自___/___/___至___/___/___)

- 類別：醫師 中醫師 牙醫師 牙體技術師(生)
- 醫事檢驗師(生) 醫事放射師(士) 呼吸治療師
- 物理治療師(生) 職能治療師(生) 語言治療師
- 臨床心理師 諮商心理師 聽力師
- 護理師 護士 助產士 其他_____

== 【請依申請項目勾選填寫】 ==

- 執業登記 自_____年_____月_____日起
- 停業登記 自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日止
- 復業登記 自_____年_____月_____日起
- 歇業(離職)日期 自_____年_____月_____日
- 科別變更：_____科 變更為_____科
- 其他變更登記_____。
- 遺失補發 原發照日期：_____年_____月_____日
- 到期換發 原有效日期：_____年_____月_____日

加蓋收件日期及收件人章戳

取件方式：自行取件 郵寄(備註：執業執照需三個工作天完成)

申請人：_____ 申請日期：_____年_____月_____日

代理人簽章_____ 代理人身分證字號_____

代理人聯絡電話_____

批示：
擬辦：經查符合規定，准予登記
擬辦：不符合規定，檢還原件