彰化縣醫療（事）機構、醫事人員申請表

申請事項	□開業 □歇業 □停業 □執業 □補發 □復業 □執照更新 □變更登記（換發） 申請日期： 年 月 日					
機構資料	機構名稱					照 片 (復、歇、停業免貼)
	機構代碼					
	負責人（醫師）					
	診療科別（業務項目）					
	地址			電話		
	變更登記	原登記項目				
		擬變更項目				
醫事人員資料	證書類別	□護士 □護理師	姓 名		身分證字號	
	戶籍地址					
	出生日期	年 月 日	性 別		聯絡電話	
	醫事人員證書	護理字第 號 年 月 日發給 護字第 號 年 月 日發給				
	畢業學校	學校名稱： 年 月畢業			公會字號	
	變更登記	原登記項目			公會校對章	
		擬變更項目			申請人簽名蓋章 (必填)	
稽查科審查意見		承辦人：		科長：		
批示						
核准情形	開業執照：彰衛 字第 號 年 月 日 執業執照：彰衛執 字第 號 年 月 日					
	□原領開業執照繳銷 □原領執業執照繳銷					
備註	本人委託人簽名特委託受委託人簽名(身份證字號： 電話： 地址：)代為申辦，如有不實，願負法律責任。					