

金門縣醫療器材商設立（變更）現場調查表

檢查時間 年 月 日

藥名	商稱			電話		
				住址		
藥類	商別	醫療器材	一、 ☐ 製造業	二、 ☐ 零售業 ☐ 販賣業 ☐ 批發業	☐ 門市 ☐ 僅供辦公室使用	
負責人				電話		
身分證字號				地址		
管理人				電話		
身分證字號				地址		
查核項目					申請人自評	查核情形
1. 是否具藥品管理人。（醫療器材販賣業除外）					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
2. 現場營業項目是否與申請相符。					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
3. 是否陳列販賣違法藥物或食品					☐ 否 ☐ 是	☐ 否 ☐ 是
4. 西藥販賣業不得販賣中藥（成藥除外），中藥販賣業不得陳售西藥。					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
5. 販售之藥品、醫療器材、裝品標示是否符合規定。					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
6. 市招是否與申請符合及未逾法規規定。					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
7. 是否張貼違規廣告。					☐ 否 ☐ 是	☐ 否 ☐ 是
8. 製造業是否符合藥物製造工廠設廠標準。（依據藥物製造工廠設廠標準）					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
9. 是否具消防安全設備。					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
☐ 符合規定 ☐ 不符合規定 ☐ 應改善複查						
● 以上調查紀錄經本藥局（商）負責人親閱，並無發生財物短少或其他損害情形。 衛生單位檢查人員（簽章） 商號或公司章 負責人（簽章）						

備註：請申請人先行自評，經衛生單位初勘不合格於三日內改善，並經複查合格者，以申請日為發照日；

逾三日改善完成者，以改善複查合格日為發照日。