

金門縣醫事人員開、歇、執業、繳銷（變更）登記申請書

申請人簽章： 身份證字號： 聯絡電話： 聯絡地址： ☐ 西醫 ☐ 醫檢師（士） ☐ 營養師 ☐ 護理師 ☐ 中醫 ☐ 物理治療師（生） ☐ 藥劑師（生） ☐ 護士 ☐ 牙醫 ☐ 職能治療師（士） ☐ 放射師（士） ☐ 助產士 ☐ 其他： ☐ 具公費生資格 ☐ 具外僑資格	申請日期：	年 月 日	補發、換發 • 脫帽照片二張 開業、執業 • 脫帽照片三張 • 貼一張浮貼二張
☐ 開業 ☐ 歇業 ☐ 執業 ☐ 繳銷 ☐ 補發 ☐ 換發 ☐ 其他：			
機 構	已依醫療法規將原址市招拆除、已依管制藥品條例處理管制藥品，請當地衛生所核章。		
歇 業	其他備註事項：		
☐ 變更	☐ 機構 ☐ 人員 ☐ 科別 ☐ 名稱 ☐ 病床數 ☐ 其他：		
醫療機構名稱		醫療機構負責人	
醫療機構代碼		醫療機構電話	
醫療機構地址			
醫事人員證書		字	號
公會證明		字	號
執業科別			
專科醫師證書		字	號 有效期限：自 年 月 日起至 年 月 日止
專科醫師證書		字	號 有效期限：自 年 月 日起至 年 月 日止
專科醫師證書		字	號 有效期限：自 年 月 日起至 年 月 日止

以 下 申 請 人 免 填

中華民國 年 月 日 ☐ 發給 ☐ 繳銷 ☐ 補發 ☐ 換發 ☐ 其他：				
開業執照		府衛醫		字 號
執業執照		金衛局		執字 號
承辦人	科 長	副局長	局 長	備 註
				(在) (離) 職 日 期 年 月 日