

檔案應用：限制開放

聯絡電話：

10
限制開放
宜蘭縣醫療機構
醫事人員歇業申請書

申請人姓名						簽章						申請日期	中華民國 年 月 日																
身份證字號												出生年月日	年 月 日																
類別	☐ 醫師 ☐ 中醫師 ☐ 牙醫師 ☐ 營養師 ☐ 物理治療師(生) ☐ 職能治療師(生) ☐ 醫事檢驗師(生) ☐ 醫事放射師(士) ☐ 呼吸治療師 ☐ 心理師 ☐ 語言治療師 ☐ 聽力師 ☐ 牙體技術師(生) ☐ 驗光師(生) ☐ 助產師(士)								證書字號		第				字號		執業科別 (僅醫師需填)												
機構名稱						負責人姓名							聯絡電話																
機構地址																													
※機構代碼											※開業執照字號			字第													號		
執業執照字號	宜府衛										字第				歇業日期	中華民國 年 月 日													
代理人簽章	(*非本人親自申請者須填)					代理人身份證字號																							
擬 辦											批 示																		
承辦人 科室主管											第二層決行 局長 縣長																		

2. 領有管制藥品登記證者需辦理結存繳回(洽食品藥物管理科)。

二、執業人員歇業 *繳回執業執照。 *離職證明書。 *公會證明。

三、非本人辦理時，代理人需於申請書上簽章及填寫身分證字號，並檢具身分證正本(查驗)及影本(存查)。

1265、1270、1273(醫療及醫事機構)