

檔號：010201
保存年限：10
檔案應用：限制開放

醫療機構
宜蘭縣醫事人員登記事項變更申請書

相片粘貼處

申請人姓名	簽章		申請日期		中華民國 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	字第	身分證字號											
※開業執照字號	第	字號	機構代碼					聯絡電話										
機構名稱							負責人姓名											
代理人簽章	(*非本人親自申請者須填)			代理人身份證字號														
登記類別	變更事項(請勾選)			原登記事項(請詳細填寫)				申請變更後登記(請詳細填寫)										
※醫療機構	☐ 機構名稱 ☐ 診療科別 ☐ 負責醫師 ☐ 地址 ☐ 其他_____																	
醫事人員	☐ 執業科別 ☐ 執業場所(請加填場所代碼) ☐ 其他_____																	
擬 辦				批 示														
承辦人 科室主管				第二層決行 局長 縣長														

註：※為機構變更者填寫，純執業人員不需填寫
檢附文件：*繳回原發執照。*檢附變更相關證明資料（如到職證明與離職證明）。*公會證明。*專科證明文件影本。*附醫事人員證書、身分證正本(查驗)及影本(存查)。*相片（機構變更三張、執業人員變更兩張，一張貼於本申請書右上角）。*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)。

收費章	繳交規費(新台幣)
	☐ 300 元(人員) ☐ 1,000 元(診所) ☐ 1,500 元(醫院 99 床以下) ☐ 2,000 元(醫院 100 床以上) ☐ 其他_____

承辦單位：宜蘭縣政府衛生局醫政科
聯絡電話：(03)9322634 轉 1274(醫事人員)
1263(醫院)
1265、1270、1273(醫療及醫事機構)