

基 隆 市 護 理 機 構 歇 業 / 停 業 申 請 書

護理機構 名 稱			
護理機構 地 址			
負 責 人 姓 名			
聯絡電話			
原領開業 執照字號	基 衛	字 第	號開業執照
歇業日期	年 月 日		
停業日期	自 年 月 日起至 年 月 日止		
護理機構 用 印		申請人 簽 章	
申請日期	年 月 日		

備註：