

基隆市醫事人員【異動】申請書

105年6月22日修訂

申請人 資料	姓名			相片	
	生日	年	月	日	請貼近3個月內相片
	身分證 字號				
	執業執 照字號	_____字		號	
	執業 場所				
	執業類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 藥師(生) <input type="checkbox"/> 放射師(士) <input type="checkbox"/> 檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 聽力師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 語言治療師			
異動 類別	歇業	自 年 月 日起			
	停業	自 年 月 日至 年 月 日止			
		停業事由：			
	復業	自 年 月 日起			
	其他	<input type="checkbox"/> 姓名變更 <input type="checkbox"/> 資格變更 <input type="checkbox"/> 執業科別變更 <input type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 執業類別變更 <input type="checkbox"/> 執業場所變更 <input type="checkbox"/> 執業場所資料異動 <input type="checkbox"/> 執照更新			
領有 管登證	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
繳交 資料	<input type="checkbox"/> 在職證明 <input type="checkbox"/> 離職證明 <input type="checkbox"/> 公會證明 <input type="checkbox"/> 原執業執照 <input type="checkbox"/> 醫事人員證書正本 <input type="checkbox"/> 醫事人員證書影本 <input type="checkbox"/> 教育積分證明 <input type="checkbox"/> 委託書 <input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 相片2張 <input type="checkbox"/> 規費300元				
通訊 地址			聯絡 電話		
申請人			代理人		
申請 日期	年 月 日				

※ 醫事人員異動申請繳交資料說明：

一、代理人辦理，均需檢附【委託書】

二、請依異動事項，檢附表列資料

證明文件 異動類型	醫事人員 (專科)證書		離職證明	服務證明	公會證明	原執業執照	教育積分證明	結書	相片 2張	規費 300元
	正本	影本								
歇業			◎		◎	◎				
停業				◎	◎	◎				
復業				◎	◎					
執照遺失	◎			◎				◎	◎	◎
執照毀損	◎					◎			◎	◎
姓名變更	◎	◎				◎			◎	◎
資格變更	◎	◎				◎			◎	◎
科別變更	◎			◎	◎	◎			◎	◎
類別變更	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎
場所變更	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎
執照更新	專科證書			◎	◎	◎	◎		◎	◎

105年5月5日修訂