

基隆市醫療(事)機構開業申請書-負責人

105 年 5 月 5 日修訂

負責人姓名		出生年月日	年 月 日	相片
身分證字號		畢業學校		請貼近 3 個月內相片
資格取得	☐ 特考 ☐ 檢覈考	考試及格證書字號	____字 號	
證書字號	____字 號	專科證書字號	____字 號	
服務經歷	服務期間		醫療院所名稱	
	年 月 至 年 月			
	年 月 至 年 月			
	年 月 至 年 月			
	年 月 至 年 月			
	年 月 至 年 月			
身分證影本(正面)			身分證影本(反面)	
領有管登證	☐ 是 ☐ 否	繳交資料	☐ 畢業證書 ☐ 考試及格證書 ☐ 醫事人員證書 ☐ 相片 2 張 ☐ 專科醫事人員證書(無則免檢附) ☐ 公會證明 ☐ PGY 訓練證明 ☐ 委託書 ☐ 管制藥解註證明(無則免檢附)	
申請人		聯絡電話		
代理人		聯絡電話		
申請日期	年 月 日	通訊地址	☐ 同機構地址 ☐	