臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書　0501108/TCONA

醫事人員類別	□醫師　□中醫師　□牙醫師　■護理師(士) □助產士　□心理師　□醫事檢驗師(生)　□醫事放射師(士) □物理治療師(生)　□職能治療師(生)　□呼吸治療師	照片黏貼處
基本資料	▪姓　名：＿＿＿＿＿＿　▪出生年月日：＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿ ▪身分證統一號碼：＿＿＿＿＿＿　家裡電話：＿＿＿＿＿＿ ▪E-mail (個人信箱):＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(正楷書寫) ▪戶籍地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿手　機：＿＿＿＿＿＿ ▪執業機構名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿　執業機構代碼：＿＿＿＿＿＿ 執業機構地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話：＿＿＿＿＿＿ 執業科別：＿＿＿＿＿＿科　畢業學校：＿＿＿＿＿＿　畢業日期：＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿ ▪醫事人員證書字號：＿＿＿字第＿＿＿＿＿＿號　發照日期：＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿ 專科醫師證書字號：＿＿＿專醫字第＿＿＿＿＿＿號 (有效期限：自＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿至＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿)	
▪申請事項	一、□ 執(從)業登記　執(從)業日期：自＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿起 二、□ 歇業(註銷)　離職日期：＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿ (一) □ 單純歇業 (二) □ 歇業後變更執業場所，原登記＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 變更後＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 三、□變更登記 執業科別：原登記＿＿＿＿＿＿，變更後＿＿＿＿＿＿ 資格變更：原登記＿＿＿＿＿＿，變更後＿＿＿＿＿＿ 其　他：原登記＿＿＿＿＿＿，變更後＿＿＿＿＿＿ 四、□ 遺失補發執業執照： ※請備醫事證書正、影本及身分證正反面影本、一吋照片二張、遺失證明或切結書。 □ 有效期限到期換發執業執照：與執照登記相同文件外， ※醫師請加備專科醫師證書影本或繼續教育學分證明。 ※醫事檢驗師(生)及醫事放射師(士)請加備繼續教育學分證明　。	

▪申請人簽章：＿＿＿＿＿＿　代理人簽章：＿＿＿＿＿＿　申請日期：＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿

公會戳章欄：

擬辦：□經審核符合規定，准予執業、歇業、變更　　第三層決行

□經審核符合規定，准予補、換發　　批示：

□經審核與規定不符，檢還原件