

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"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 心理師	<input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥師(生) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 聽力師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生)	<input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 放射師(士) <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <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"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 執業場所變更	<input type="checkbox"/> 資格變更 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 執業場所資料異動	<input type="checkbox"/> 執業科別變更 <input type="checkbox"/> 執業類別變更 <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"/> 原執業執照 <input type="checkbox"/> 教育積分證明 <input type="checkbox"/> 相片2張	<input type="checkbox"/> 離職證明 <input type="checkbox"/> 醫事人員證書正本 <input type="checkbox"/> 委託書 <input type="checkbox"/> 規費300元	<input type="checkbox"/> 公會證明 <input type="checkbox"/> 醫事人員證書影本 <input type="checkbox"/> 切結書	
	通 訊 地 址			聯 絡 電 話	
	申 請 人			代 理 人	
	申 請 日 期	年 月 日			