

機構名稱		建築地址		電話		
基地面積		總樓地板面積		層別		
				樓地板面積		
申請人				出生日期	民國 年 月 日	
				身分證字號		
				電 話		
				地 址		
負責護理人員	姓名				身分證字號	
					出生日期	民國 年 月 日
					電話	
	地址					
	學歷					
經歷	<input type="checkbox"/> 護理師臨床護理工作四年以上 <input type="checkbox"/> 護士臨床護理工作七年以上					
檢附文件及備註	※請參考屏東縣「護理機構設立及擴充許可申請」需檢附資料一欄表 ※影本請蓋與正本相符。 ※財團法人護理機構及其他法人附設者，應別分檢具董事會或社員總會同意護理機構設置或擴充之會議紀錄一式各6份。 ※其他法人依有關法律附設者，應檢具該法人主管機關及其目的事業主管機關同意函件。					

填表人簽名：

機構負責人簽名：

日期：