

檔 號：  
保存年限：

醫療(事)機構  
醫 事 人 員

歇(停)業申請書 (第1聯)

申請人：

發文日期：中華民國 年 月 日

通訊地址：

發文字號：屏衛醫字第 號

聯絡電話：

申請  醫療機構  歇業  
 醫事人員  停業

醫 療 機 構	名 稱	負 責 醫 (藥) 師 姓 名	字 號
	代 號		
原 領	<input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執 業執照	衛 第 號	醫 (藥) 事 人 員 證 書 字 號
歇 業 日 期	自 年 月 日 起	停 業 日 期	自 年 月 日 至 年 月 日 止
請注意：若支援(執業)機構歇業或醫事人員歇業，原報備支援案件系統將自動註銷。後續人員異動至新執業機構後如有需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。2. 復業需當天辦理。3. 歇業三十日內需辦理註銷登記。			
申 請 人： 身 份 證 字 號：  年 月 日			

衛生局 審核如下：  
本市 區衛生所

貴院所 申請註銷 開業於 醫院 乙案，業於 年 月 日核准，  
 台端 申請註銷 執業 診所

原領  開 業照 ( 衛 字第 號) 收繳作廢。  
 執

貴院所 申請自 年 月 日起至 年 月 日止停業，同意備查。  
 台端

正本：

副本： 衛生局(所)、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組。

會辦單位：

第 層 決 行

承辦單位

會辦單位

決 行

檔 號：  
保存年限：

醫療(事)機構  
醫 事 人 員

歇(停)業申請書 (第2聯)

申請人：

發文日期：中華民國 年 月 日

通訊地址：

發文字號：屏衛醫字第 號

聯絡電話：

申請  醫療機構  歇業  
 醫事人員  停業

醫 療 機 構	名 稱			負 責 醫 (藥) 師 姓 名	
	代 號				
原 領	<input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業 執 照	衛 第	字 號	字 號
歇 業 日 期	自	年 月 日	起	停 業 日 期	自 年 月 日 至 年 月 日 止
請注意：若支援(執業)機構歇業或醫事人員歇業，原報備支援案件系統將自動註銷。後續人員異動至新執業機構後如有需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。2. 復業需當天辦理。3. 歇業三十日內需辦理註銷登記。					
申 請 人： 身 份 證 字 號：  年 月 日					

衛生局 審核如下：  
本市 區衛生所

貴院所 申請註銷 開業於 醫院 乙案，業於 年 月 日核准，  
 台端 申請註銷 執業 診所

原領 開  
執 業照 ( 衛 字第 號) 收繳作廢。

貴院所 申請自 年 月 日起至 年 月 日止停業，同意備查。  
 台端

正本：

副本： 衛生局(所)、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組。

會辦單位：

第 層 決 行

承辦單位

會辦單位

決 行

檔 號：  
保存年限：

醫療(事)機構  
醫 事 人 員

歇(停)業申請書 (第3聯)

申請人：

發文日期：中華民國 年 月 日

通訊地址：

發文字號：屏衛醫字第 號

聯絡電話：

申請  醫療機構  歇業  
 醫事人員  停業

醫 療 機 構	名 稱	負 責 醫 (藥) 師 姓 名	字 號
	代 號		
原 領	<input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執 業執照	衛 第 號	醫 (藥) 事 人 員 證 書 字 號
歇 業 日 期	自 年 月 日 起	停 業 日 期	自 年 月 日 至 年 月 日 止
請注意：若支援(執業)機構歇業或醫事人員歇業，原報備支援案件系統將自動註銷。後續人員異動至新執業機構後如有需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。2. 復業需當天辦理。3. 歇業三十日內需辦理註銷登記。			
申 請 人： 身 份 證 字 號：  年 月 日			

衛生局 審核如下：  
本市 區衛生所

貴院所 申請註銷 開業於 醫院 乙案，業於 年 月 日核准，  
 台端 執業 診所

原領  開 業照 ( 衛 字第 號) 收繳作廢。  
 執

貴院所 申請自 年 月 日起至 年 月 日止停業，同意備查。  
 台端

正本：

副本： 衛生局(所)、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組。

會辦單位：

第 層 決 行

承辦單位

會辦單位

決 行

檔 號：  
保存年限：

醫療(事)機構  
醫 事 人 員

歇(停)業申請書 (第4聯)

申請人：

發文日期：中華民國 年 月 日

通訊地址：

發文字號：屏衛醫字第 號

聯絡電話：

申請  醫療機構  歇業  
 醫事人員  停業

醫 療 機 構	名 稱	負 責 醫 (藥) 師 姓 名	字 號
	代 號		
原 領	<input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執 業執照	衛 第 號	醫 (藥) 事 人 員 證 書 字 號
歇 業 日 期	自 年 月 日 起	停 業 日 期	自 年 月 日 至 年 月 日 止
請注意：若支援(執業)機構歇業或醫事人員歇業，原報備支援案件系統將自動註銷。後續人員異動至新執業機構後如有需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。2. 復業需當天辦理。3. 歇業三十日內需辦理註銷登記。			
申 請 人： 身 份 證 字 號：  年 月 日			

衛生局 審核如下：  
本市 區衛生所

貴院所 申請註銷 開業於 醫院 乙案，業於 年 月 日核准，  
 台端 申請註銷 執業 診所

原領  開 業照 ( 衛 字第 號) 收繳作廢。  
 執

貴院所 申請自 年 月 日起至 年 月 日止停業，同意備查。  
 台端

正本：

副本： 衛生局(所)、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組。

會辦單位：  
第 層 決行

承辦單位

會辦單位

決行

檔 號：  
保存年限：

醫療(事)機構  
醫 事 人 員

歇(停)業申請書 (第5聯)

申請人：

發文日期：中華民國 年 月 日

通訊地址：

發文字號：屏衛醫字第 號

聯絡電話：

申請  醫療機構  歇業  
 醫事人員  停業

醫 療 機 構	名 稱			負 責 醫 (藥) 師 姓 名	
	代 號				
原 領	<input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 執	業 執 照	衛 第	字 號	字 號
歇 業 日 期	自	年 月 日	起	停 業 日 期	自 年 月 日 至 年 月 日 止
請注意：1. 若支援(執業)機構歇業或醫事人員歇業，原報備支援案件系統將自動註銷。後續人員異動至新執業機構後如有需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。2. 復業需當天辦理。3. 歇業三十日內需辦理註銷登記。					
申 請 人： 身 份 證 字 號：  年 月 日					

衛生局 審核如下：  
本市 區衛生所

貴院所 申請註銷 開業於 醫院 乙案，業於 年 月 日核准，  
 台端 申請註銷 執業 診所

原領  開  
 執 業照 ( 衛 字第 號) 收繳作廢。

貴院所 申請自 年 月 日起至 年 月 日止停業，同意備查。  
 台端

正本：

副本： 衛生局(所)、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組。

會辦單位：

第 層 決 行

承辦單位

會辦單位

決 行