

臺中市大臺中牙醫師公會會員入、退會及各項異動流程須知

| 異動事項 檢附文件 | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 七 | 八 | 九 | 十 | 十一 | 十二 | 十三 | | |
|--------------------|----------------|----------------|------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|--|--|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| | 入會 服務 登記 | 入會 開業 登記 | 服 務 退 會 | 開 業 退 會 | 服 務 改 開 業 | 開 業 改 服 務 | 變 更 服 務 診 所 | 開 鄉 業 鎮 診 市 所 遷 同 移 | 服 鄉 務 鎮 診 市 所 遷 同 移 | 開 鄉 業 鎮 診 市 所 遷 不 移 同 | 服 鄉 務 鎮 診 市 所 遷 不 移 同 | 遺 失 執 業 執 照 補 發 | 遺 失 開 業 執 照 補 發 | | |
| 1. 畢業證書影本一份 | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | 相片 一張 | 相片 二張 | | |
| 2. 考試及格證書影本一份 | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | |
| 3. 牙醫師證書影本一份 | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | |
| 4. 牙醫師證書正本 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 切結書乙份，請逕至本縣衛生局洽辦。 | | | |
| 5. 身份証影本一份 | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| 6. 印章 | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| 7. 相片 | 3張 | 5張 | | | 2張 | 1張 | 1張 | 2張 | 1張 | 2張 | 1張 | | | | |
| 8. 在職證明書 | ✓ | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | | |
| 9. 離職證明書 | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | |
| 10. 退會證明書正本 | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | |
| 11. 新診所平面配置圖一份 | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| 12. 新診所交通位置圖一份 | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| 13. 房屋使用執照影本一份 | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| 14. 測量成果圖影本一份 | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| 15. 租賃契約書影本一份 | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| 16. 醫療廢棄物處理合約書影本一份 | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| 17. 開業執照 | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| 18. 執業執照 | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| 20. 入會申請書 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. 開業申請書 | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | | |
| 22. 服務改開業申請書 | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| 24. 衛生局承辦手續費 | 300 | 1300 | | | 1300 | 300 | 300 | 1300 | 300 | 1300 | 300 | 300 | 1000 | | |

臺中市大臺中牙醫師公會 入會申請書

會員證號：

| | | | | |
|------|--|-------|--|-----------|
| 姓名 | | 性別 | | 照片 黏貼處 |
| 戶籍地址 | | | | |
| 籍貫 | | 出生年月日 | | |
| 服務診所 | | | | |
| 診所地址 | | | | |

事由

本人確實服務於 _____ 診所，並親自執行醫療業務，願遵守 貴公會章程，擬加入 貴會，茲檢附證件懇祈特准入會，實為公便。

申請人

簽章

臺中市大臺中牙醫師公會

理事長：

印

中華民國

年

月

日

| | | | |
|----|--|----|--|
| 批示 | | 擬辦 | |
|----|--|----|--|

臺中市政府衛生局醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書

| | | |
|-------------|---|--------------------------|
| 醫事人員 類 別 | <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 助產士 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 其他_____ | 照 片 黏貼處 (歇業免貼) |
| 基本資料 | 姓 名：_____ 出生年月日：____/____/____ 身分證統一編號：_____ 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 | 照片浮貼處 |
| 申請事項 | *具有多重醫師人員資格者，依「具有多重醫事人員資格者執業管理辦法」第3條第2項規定，得申請於執業執照上加註(具資格且擬申請者請勾選)： <input type="checkbox"/> 醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 醫師(兼具中醫師、牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具醫師、中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具醫師、牙醫師執業資格) | |
| | 一、 <input type="checkbox"/> 執(從)業登記 執(從)業日期：自____/____/____起 二、 <input type="checkbox"/> 歇業(註銷) 離職日期：____/____/____ (一) <input type="checkbox"/> 單純歇業 (二) <input type="checkbox"/> 變更執業場所(註銷原執業執照，重新申請執業登記) 原登記機構_____, 離職日____/____/____ 變更後機構_____, 到職日____/____/____ 三、 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 遺失補發、損毀換發執業執照： ※請檢附：醫事人員證書正本、3個月內1吋正面脫帽照片2張、遺失切結書(執照遺失者)、原領執業執照(執照損毀者)、規費300元。 <input type="checkbox"/> 有效期限到期，更新執業執照： ※請檢附：原領執業執照、最近3個月內1吋脫帽半身照片2張、繼續教育學分證明、醫事人員證書正本、專科醫師證書影本(非專科醫師免附)、規費300元。 <input type="checkbox"/> 加註有效期限，換發執業執照： ※請檢附：原領執業執照、最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張、醫事人員證書正本。 | |
| | 申請人簽章：_____ 代理人簽章：_____ 申請日期：____/____/____ 公會戳章欄： | |
| 第三層決行 | 擬辦： <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予執業、歇業、變更、執照更新。 <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予補、換發。 <input type="checkbox"/> 經審核與規定不符，檢還原件。 | |

臺中市政府衛生局醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書

| | | |
|---|--|------|
| 醫事人員 類 別 | <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 助產士 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 其他_____ | 公會留存 |
| 基本資料 | 姓 名：_____ 出生年月日：____/____/____ 身分證統一編號：_____ 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 *具有多重醫師人員資格者，依「具有多重醫事人員資格者執業管理辦法」第3條第2項規定，得申請於執業執照上加註(具資格且擬申請者請勾選)： <input type="checkbox"/> 醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 醫師(兼具中醫師、牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具醫師、中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具醫師、牙醫師執業資格) | (免貼) |
| 申請事項 | 一、 <input type="checkbox"/> 執(從)業登記 執(從)業日期：自____/____/____起 二、 <input type="checkbox"/> 歇業(註銷) 離職日期：____/____/____ (一) <input type="checkbox"/> 單純歇業 (二) <input type="checkbox"/> 變更執業場所(註銷原執業執照，重新申請執業登記) 原登記機構_____，離職日____/____/____ 變更後機構_____，到職日____/____/____ 三、 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 遺失補發、損毀換發執業執照： ※請檢附：醫事人員證書正本、3個月內1吋正面脫帽照片2張、遺失切結書(執照遺失者)、原領執業執照(執照損毀者)、規費300元。 <input type="checkbox"/> 有效期限到期，更新執業執照： ※請檢附：原領執業執照、最近3個月內1吋脫帽半身照片2張、繼續教育學分證明、醫事人員證書正本、專科醫師證書影本(非專科醫師免附)、規費300元。 <input type="checkbox"/> 加註有效期限，換發執業執照： ※請檢附：原領執業執照、最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張、醫事人員證書正本。 | |
| 申請人簽章：_____ 代理人簽章：_____ 申請日期：____/____/____ 公會戳章欄： | | |
| 第三層決行 擬辦： <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予執業、歇業、變更、執照更新。 <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予補、換發。 <input type="checkbox"/> 經審核與規定不符，檢還原件。 | | |

大臺中牙醫師縣公會

在 職
離 職

證 明 書

| | |
|---------------|---------------|
| 姓 名 | |
| 姓 別 | |
| 出 生 日 期 | |
| 籍 貫 | |
| 原領執照字號 | 中衛 牙 字第號 執業執照 |
| 醫事人員類別 | 牙醫師 |
| 離 職 日期 在 職 | 年 月 日 |

各項確屬無訛特此證明

診所名稱：

簽 章

負責醫師：

簽 章

中 華 民 國

年

月

日

大臺中牙醫師縣公會

在 職
離 職

證 明 書

| | |
|---------------|---------------|
| 姓 名 | |
| 姓 別 | |
| 出 生 日 期 | |
| 籍 貫 | |
| 原領執照字號 | 中衛 牙 字第號 執業執照 |
| 醫事人員類別 | 牙醫師 |
| 離 職 日期 在 職 | 年 月 日 |

各項確屬無訛特此證明

診所名稱：

簽 章

負責醫師：

簽 章

中 華 民 國

年

月

日

臺中市大臺中牙醫師公會依據個人資料保護法第8條規定進行個資蒐集前之告知內容

為了促進個人資料之合理利用並避免人格權受侵害，爰針對本次之個人資料蒐集，依個人資料保護法（以下簡稱個資法）第8條規定告知下列事項：

一、蒐集目的及方式：本會基於進行醫療（事）機構管理等，凡本局業務上目的及行政協助相關機構法定職務之目的需要，將透過您自行在相關申請書上填寫個人資料之方式進行個資之蒐集及處理。

二、蒐集之個人資料類別

本局蒐集的個人資料包括診所開業登記中的資料，其類別如開業機構登記之名稱、地址開、執業執照字號、核准日期、負責醫師等相關資料，且包括但不限於各類別所列舉之子項目：

（一）辨識個人者：如姓名、地址、電話、電子郵件等資訊。

（二）個人描述：如性別、出生年月日。

三、利用期間、地區、對象及方式

（一）期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間或本會因執行職務所必須保存之期間或依相關法令規定之保存期限。

（二）地區：個人資料將用於台灣地區。

（三）利用對象及方式：各單位依法定職務為必要之登錄及記載及處理及您因執業加入之所屬公會，本局將於核准您開業或辦理異動事項時函文副知上開單位。

四、您依個資法第3條得行使的權利：

個資當事人得針對本局保有之個人資料，行使下列權利：

（一）查詢或請求閱覽。但本局依法得酌收必要之成本費用。

（二）請求製給複製本。但本局依法得酌收必要之成本費用。

（三）請求補充或更正。惟當事人應為適當之釋明。

（四）請求停止蒐集、處理或利用。

（五）請求刪除。

個資當事人可來電洽詢本局個資問題服務專線 04-25260714 進行申請。

五、您若不提供個人資料所致權益影響：

您得自由選擇是否提供相關個人資料，惟當事人若拒絕提供相關個人資料，本會將無法進行必要之審核及處理程序，致無法進行維護或登錄您之權益。

以上本人已充分瞭解 貴局蒐集、處理、利用本人個人資料之目的及用途，並同意貴局在上述蒐集目的內蒐集、處理、利用本人之個人資料

受告知人（即立同意書人）簽章：

身份證字號：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日