

臺中市醫療(事)機構向衛生局申請開、歇業、異動現場履勘表

類別	<input type="checkbox"/> 西醫 <input type="checkbox"/> 中醫 <input type="checkbox"/> 牙醫 <input type="checkbox"/> 醫事機構 <input type="checkbox"/> 其他：	
機構名稱		
機構地址		
負責人姓名		
申 請 項 目	<input type="checkbox"/> 開業	
	<input type="checkbox"/> 歇業	1. 市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 2. 醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除 3. 管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案
	<input type="checkbox"/> 原址新開業 (變更負責人)	1. 原領管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案 2. 變更後負責人：
	<input type="checkbox"/> 同區遷移	1. 新址： 2. 原址市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 3. 原址醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除
	<input type="checkbox"/> 跨區遷移	1. 新址： 2. 原址市招： <input type="checkbox"/> 已拆除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日拆除 3. 原址醫療設備及藥品： <input type="checkbox"/> 已移除 <input type="checkbox"/> 預定 月 日移除 4. 原領管制藥品： <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 未結案
	<input type="checkbox"/> 變更使用面積	原使用面積_____平方公尺 <input type="checkbox"/> 增加後，面積_____平方公尺 <input type="checkbox"/> 減少後，面積_____平方公尺
	<input type="checkbox"/> 其他	
預定會勘日期		
聯絡人		
聯絡電話		

申請人： (簽名)

中華民國 年 月 日

臺中市醫療(事)機構開(歇)業暨各項變更申請書

診所 基本資料	診所名稱：_____診所，負責醫師：_____ 地址：臺中市_____區_____ 電話：_____傳真：_____	照片 黏貼處 (歇業免貼)
申 請 事 項	一、 <input type="checkbox"/> 開業 負責醫師基本資料： 姓名：_____ 生日：____/____/____ 電子郵件：_____ 身分證字號：_____ 醫師證書字號：_____ 字第_____號 專科醫師證書字號：_____ 專醫字第_____號 診療科別：_____ 登記設施： <input type="checkbox"/> 診療室：____間； <input type="checkbox"/> 觀床病床：____床； <input type="checkbox"/> 手術台：____台； <input type="checkbox"/> 嬰兒床：____床； <input type="checkbox"/> 產科病床：____床； <input type="checkbox"/> 血液透析床：____床 醫事人員數： 1. 醫師：____人 2. 中醫師：____人 3. 牙醫師：____人 4. 護理人員：____人 5. 藥事人員：____人 6. 物理治療人員：____人 7. 職能治療人員：____人 8. 語言治療人員：____人 9. 聽力治療人員：____人 10. 醫事檢驗人員：____人 11. 醫事放射人員：____人 12. 呼吸治療人員：____人 13. 牙體技術人員：____人 14. 助產人員：____人 15. 驗光人員：____人 診所使用面積：_____平方公尺	
	二、 <input type="checkbox"/> 歇業 三、 <input type="checkbox"/> 遷移： (一) 同區遷移，原地址：_____ (二) 跨區遷移，原地址：_____ 四、 <input type="checkbox"/> 其它變更事項： (一) <input type="checkbox"/> 機構名稱變更，原_____變更為_____ (二) <input type="checkbox"/> 診療科別變更，原_____變更為_____ (三) <input type="checkbox"/> 使用面積變更，原_____變更為_____ (四) <input type="checkbox"/> 其它事項變更，原_____變更為_____	
	負責醫師簽名：_____ 申請日期：____/____/____ 公會戳章欄：	

臺中市政府衛生局稽查診所申請歇業、遷移現場查核表

稽查日期： 年 月 日

申請人		診所名稱	
地址			
查核事項		是否 符合	備註
一、 市招： <input type="checkbox"/> 市招已全部拆除。 <input type="checkbox"/> 市招尚有_____科標示。 <input type="checkbox"/> 市招尚有診療時間等字樣。			
二、 醫療設備： <input type="checkbox"/> 現場無醫療設備。 <input type="checkbox"/> 現場仍有_____醫療設施或設備。 現有醫療設施暫時存放原址，並保證不在原址使用此醫療設施，如有虛偽情事，具結人願負法律上一切責任。 具結人：_____（簽章） 身分證號碼：_____			
三、 管制藥品處理(限西醫診所使用) <input type="checkbox"/> 無管藥證號。 <input type="checkbox"/> 領有管藥證字號：_____ <input type="checkbox"/> 已結存 <input type="checkbox"/> 已轉讓 <input type="checkbox"/> 已銷毀 <input type="checkbox"/> 已減損處理 <input type="checkbox"/> 已處理完成			
支援報備注意事項： <input type="checkbox"/> 臺端於 年 月 日向本局申請歇業會勘，經現場稽查合格後，會勘日即為機構歇業日期，原報備支援案件將於機構歇業日自動註銷，如需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。 <input type="checkbox"/> 無支援報備申請案件。 請醫師簽名確認知悉：_____			
符合規定 (稽查人員簽章)	請改善後再申請 (稽查人員簽章)	負責醫師簽章	

※ 歇業後文件寄送地址：_____

牙醫診所申請開、歇業、異動攜回相關資料核對表

診所名稱：_____ 診所；負責醫師：_____

診所地址：臺中市 _____ 區_____

攜回日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

次 項	攜回臺中市政府衛生局之資料	有	無	備註
開、歇業、異動	1 診所開(歇)業暨各項變更申請書			
	2 <input type="checkbox"/> 診所申請開業現場稽查報告表 <input type="checkbox"/> 診所申請歇業、遷移現場稽查報告表			
	3 醫療院所醫事人員名冊			
	4 醫師證書 <input type="checkbox"/> 正本 <input type="checkbox"/> 影本			
	5 專科醫師證書 <input type="checkbox"/> 正本 <input type="checkbox"/> 影本			
	6 <input type="checkbox"/> 身分證影本(正反面) <input type="checkbox"/> 一寸相片 2 張(歇業免附)			
	7 個人資料使用同意書			
	8 照片(含市招、診療室、候診區、調劑室、病歷室等)			由稽查科拍照攜回
歇業、異動	9 <input type="checkbox"/> 原領開業執照正本 <input type="checkbox"/> 執業執照正本			
開業、異動	10 醫療機構申請開業審查表			
	11 診所調劑部門設置標準稽查報告表 <input type="checkbox"/> 免附(未設置)			
	12 <input type="checkbox"/> 醫療院所交通位置圖 <input type="checkbox"/> 醫療院所內部設備圖			
	13 <input type="checkbox"/> 建物測量成果圖 <input type="checkbox"/> 建物使用執照影本 <input type="checkbox"/> 建物所有權狀影本			
	14 免辦理變更使用執照之核備公文 <input type="checkbox"/> 免附(不需辦理用途變更核備)			
	15 建物使用執照用途變更之相關資料 <input type="checkbox"/> 免附(無變更新用途)			
	16 <input type="checkbox"/> 租賃契約書 <input type="checkbox"/> 無償使用者同意書 <input type="checkbox"/> 免附(建物為負責醫師所有)			
	17 健保基本資料表			
	18 <input type="checkbox"/> 醫療廢棄物清除處理合約書影本 <input type="checkbox"/> 無醫療廢棄物之切結書			
	19 手術室設備查核表 <input type="checkbox"/> 免附(無設置)			
20 其他：				
本表查填事項均與事實相符，並無異議； 本機構(人)接受檢查時，並無財務減少或其他損害情事。 負責醫師簽章：		稽查員		

附註：1. 請確實核對攜回相關資料再行簽章。

2. 勾選有：表示攜回該資料；勾選無：表示該資料並未由稽查員攜回

攜回資料欄內之：請勾選有無該項目

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	開業 診所 同區 遷移	服務 診所 同區 遷移	開業 診所 不同區 遷移	服務 診所 不同區 遷移	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. 牙醫師證書影本二份	✓	✓			✓	✓	✓			✓	✓				
4. 牙醫師證書正本	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	切結書乙份，請逕至本市衛生局洽辦。			
5. 身份証影本二份	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
6. 印章	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
7. 相片	4張	4張			3張	3張	3張	3張	3張	3張	3張				
8. 在職證明書	✓					✓	✓				✓				
9. 離職證明書			✓		✓		✓								
10. 退會證明書正本	✓	✓													
11. 新診所平面配置圖二份		✓			✓			✓		✓					
12. 新診所交通位置圖二份		✓			✓			✓		✓					
13. 建物使用執照影本二份		✓			✓			✓		✓					
14. 測量成果圖影本二份		✓			✓			✓		✓					
15. 建物所有權狀影本二份		✓			✓			✓		✓					
16. 租賃契約書影本二份		✓			✓			✓		✓					
17. 醫療廢棄物處理合約書影本二份		✓			✓			✓		✓					
18. 開業執照				✓		✓		✓		✓					
19. 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					✓										
23. 衛生局承辦手續費	300	1300			1300	300	300	1300		1300	300			300	1000

臺中市醫療(事)機構開(歇)業暨各項變更申請書

診所 基本資料	診所名稱：_____診所，負責醫師：_____ 地址：臺中市_____區_____ 電話：_____傳真：_____	照片 黏貼處 (歇業免貼)
申 請 事 項	一、 <input type="checkbox"/> 開業 負責醫師基本資料： 姓名：_____生日：____/____/____電子郵件：_____ 身分證字號：_____醫師證書字號：_____字第_____號 專科醫師證書字號：_____專醫字第_____號 診療科別：_____ 登記設施： <input type="checkbox"/> 診療室：____間； <input type="checkbox"/> 觀床病床：____床； <input type="checkbox"/> 手術台：____台； <input type="checkbox"/> 嬰兒床：____床； <input type="checkbox"/> 產科病床：____床； <input type="checkbox"/> 血液透析床：____床 醫事人員數： 1. 醫師：____人 2. 中醫師：____人 3. 牙醫師：____人 4. 護理人員：____人 5. 藥事人員：____人 6. 物理治療人員：____人 7. 職能治療人員：____人 8. 語言治療人員：____人 9. 聽力治療人員：____人 10. 醫事檢驗人員：____人 11. 醫事放射人員：____人 12. 呼吸治療人員：____人 13. 牙體技術人員：____人 14. 助產人員：____人 15. 驗光人員：____人 診所使用面積：_____平方公尺 二、 <input type="checkbox"/> 歇業 三、 <input type="checkbox"/> 遷移： (一) 同區遷移，原地址：_____ (二) 跨區遷移，原地址：_____ 四、 <input type="checkbox"/> 其它變更事項： (一) <input type="checkbox"/> 機構名稱變更，原_____變更為_____ (二) <input type="checkbox"/> 診療科別變更，原_____變更為_____ (三) <input type="checkbox"/> 使用面積變更，原_____變更為_____ (四) <input type="checkbox"/> 其它事項變更，原_____變更為_____	
負責醫師簽名：_____		申請日期：____/____/____
公會戳章欄：		