

臺中市政府衛生局受理醫事人員停業(復業)申請書

基本資料	醫事人員類別	☐ 醫師 ☐ 中醫師 ☐ 牙醫師 ☐ 護理師(士) ☐ 物理治療師(生) ☐ 助產師(士) ☐ 職能治療師(生) ☐ 醫事檢驗師(生) ☐ 醫事放射師(士) ☐ 心理師 ☐ 呼吸治療師 ☐ 語言治療師 ☐ 聽力師 ☐ 牙體技術師(生) ☐ 驗光師(生)			
	姓名			身分證 統一編號	
	執業機構名稱			執業機構代碼	
	文書送達 地 址			聯絡電話	
申請事項	☐ 停業	日期	自____年____月____日起至____年____月____日止 ※停業期滿如需繼續，應向原發照機關核備，惟停業期間最長不超過一年，超過一年者應辦理歇業，違反者，依各類醫事人員法處罰鍰。		
		事由	☐ 出國進修 ☐ 旅遊 ☐ 機構內部整修 ☐ 育嬰留停 ☐ 休養 ☐ 其它		
	☐ 復業	日期	自____年____月____日起(復業日如有異動，請提前辦理)		

※以下欄位機構負責人停業必填，非機構負責人無需填寫。				
停業期間有無代理負責人： ☐ 有(請詳填以下代理負責人資料) ☐ 無(請檢附其他醫事人員停(復)業申請書)				
代理負責人 (或醫師) 姓名		執業場所 執業機構代碼		
執業執照	中市衛____執字第____號		執業縣市	
機構內醫事人員是否一併停業	☐ 是【請檢附其他醫事人員停(復)業申請書】 ☐ 否			

申請人		代辦人		申請日期	
	(簽名或蓋章)		(簽名或蓋章)		____/____/
機構核章欄			公會核章欄		
(請先行詢問是否需經公會核章)					

備註：(1)本申請案件應於停業事實發生日起30日內，檢附機構停業證明文件(或於機構核章欄蓋章)後，向本局核備完成。

(2)復業日期如有異動，請於事實發生日前，檢附機構復業證明文件(或於機構核章欄蓋章)後，向本局核備完成。

(3)聘有代理負責人之醫療院所(或醫事機構)，應另檢附代理負責人本人及其執業機構同意書，另代理負責人應依相關醫事人員法規定，向執業登記所在地之主管機關辦理報備支援事項。

(4)代理負責人應具備相關負責人資格(如：專科醫師資格、2年醫療院所(醫事機構)負責人資格...)。