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	□西醫 □中醫 □牙醫 □醫事機構 □其他：	
機構名稱		
機構地址		
負責人姓名		
申請項目	□開業	
	□歇業	1.市招：□已拆除 □預定 月 日拆除 2.醫療設備及藥品：□已移除 □預定 月 日移除 3.管制藥品：□已結案 □未結案
	□ 原址新開業（變更負責人）	1.原領管制藥品： □已結案 □未結案 2.變更後負責人：
	□**同區**遷移	1.新址: 2.原址市招：□已拆除 □預定 月 日拆除 3.原址醫療設備及藥品：□已移除 □預定 月 日移除
	□**跨區**遷移	1.新址: 2.原址市招：□已拆除 □預定 月 日拆除 3.原址醫療設備及藥品：□已移除 □預定 月 日移除 4.原領管制藥品：□已結案 □未結案
	□變更使用面積	原使用面積_____平方公尺 □增加後，面積_____平方公尺 □減少後，面積_____平方公尺
	□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、 □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：□診療室：＿＿間；□觀床病床：＿＿床；□手術台：＿＿台； □嬰兒床：＿＿床；□產科病床：＿＿床；□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、 □歇業** **三、 □遷移：** （一） 同區遷移，原地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （二） 跨區遷移，原地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ **四、 □其它變更事項：** (一)□機構名稱變更，原＿＿＿＿＿＿＿＿變更為＿＿＿＿＿＿＿＿ (二)□診療科別變更，原＿＿＿＿＿＿＿＿變更為＿＿＿＿＿＿＿＿ (三)□使用面積變更，原＿＿＿＿＿＿＿＿變更為＿＿＿＿＿＿＿＿ (四)□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：

醫療機構內部平面簡圖

診所名稱		**機構地址**			
調劑設施 (應有6M^2)		**檢驗設施** (應有20M^2)		**嬰兒室**(每床不得小於2.8 M^2)	
物理治療設施 (應有45M^2)		**職能治療設施** (應有30 M^2)		**語言治療設施** (應有15 M^2)	
併設物理+職能治療設施 (應有60M^2)		**總營業面積**			**(** M^2)
※各隔間請標示長、寬。 **※基本空間：應標示出候診區、掛號區、診療室、病歷室(櫃)。**					

醫療(事)機構交通位置圖

機構名稱	
地　　址	臺中市　　區　　里　　路(街)　　段　　巷　　號　　樓

臺中市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	□醫師 □中醫師 □牙醫師 □護理師(士) □物理治療師(生) □職能治療師(生) □醫事檢驗師(生) □醫事放射師(士) □助產師(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)
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：_____ 手機：_____ 執業機構名稱：_____ 執業機構代碼：_____ 執業機構地址：臺中市　區_____ 電話：_____ 執業科別：_____科 照片浮貼處 *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)： □醫師 (兼具中醫師執業資格) □醫師 (兼具牙醫師執業資格) □醫師(兼具中醫師、牙醫師執業資格) □牙醫師(兼具醫師執業資格) □牙醫師(兼具中醫師執業資格) □牙醫師(兼具醫師、中醫師執業資格) □中醫師(兼具醫師執業資格) □中醫師(兼具牙醫師執業資格) □中醫師(兼具醫師、牙醫師執業資格)
申請事項	一、□ 執(從)業登記　執(從)業日期：自_____/_____/_____起 二、□ 歇業(註銷)　離職日期：_____/_____/_____ (一) □ 單純歇業 (二) □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、□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、□ 遺失補發、損毀換發執業執照： ※請檢附：3個月內1吋正面脫帽照片2張、遺失具結書(執照遺失者)、原領執業執照(執照損毀者)、規費300元。 □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、規費300元。 **備註：執業需領有執業執照，始得執業；歇業、停業需於離職或事實發生日起30日內辦理完成（以上日數計算含假日）；執業執照更新應於應更新日期屆滿前六個月內辦理完成。**
申請人簽名：_____ 代理人簽名：_____ 申請日期：_____/_____/_____ 公會戳章欄：	
第四層決行 擬辦：□經審核符合規定，准予執業、歇業、變更、執照更新。 □經審核符合規定，准予補、換發。 □經審核與規定不符，檢還原件。	

臺中市政府衛生局稽查診所申請開業、遷移現場查核表

年　月　日

申請人		診所名稱	診所
地址	臺中市　區　里　路(街)　段　巷　號　樓		

查核事項	是否符合(v或x)	備註
一、負責醫師是否在場。		
二、申請地址與實際開業地址是否相符。		
三、所附設備圖是否與事實相符。		
四、申請診所之設施是否與醫療法之醫療機構設置標準符合，其項目如下：		
1.醫療服務設施（清潔、消毒及手部衛生設備）是否符合規定。		
2.所內外環境衛生良好，診療室及候診場所寬敞、通風、光線充足。		
3.獨立診療室及候診場所，並有適當維護隱私之設施：包括適當隔音，診間入口應有門隔開；進行檢查及處置之場所應有布簾隔開。		
4.應有病歷放置場所，並有專人管理。但依醫療機構電子病歷製作及管理辦法實施電子病歷者，得免置專人管理。		
5.依業務內容，備有急救設備及急救藥品等。		
6.適當之消防設備及安全設施。		
五、市招內容是否與醫療法第61、85、86、87條等規定相符合。		
六、是否張貼禁煙標誌。		
七、是否懸掛收費標準表。		
八、醫療設施配置與開業審查表醫療設施欄是否相符。		
九、是否有醫療廢棄物處置設施(無醫療廢棄物則免)。		
十、是否執行美容醫學業務。□針劑　□光電　□手術		
十一、護理人力：(　　)人 □診療室：(　　)間[每二間應有1人] □手術室[與產房、供應室應有1人流用] □觀察病床：應有1人 □產科病床：(　　)床[每4床應有1人，可依佔床率調整] □血液透析床：(　　)床[每4床應有1人]。		
十二、是否設有無障礙設施。□無障礙通道　□無障礙廁所 **□無障礙溝通，輔導可裝設愛心鈴、扶手…等無障礙設施。**		
◆建築物是否符合建築法規將由本局副知台中市政府都發局依權責辦理。		

准予開業 （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

臺中市政府衛生局診所申請開業審查表

年　　月　　日

申請人		診所名稱	診所
地址	臺中市　　區　　里　　路(街)　段　巷　　號　　樓		
診所電話		面　　積	平方公尺
專科證書號碼期限	專醫字第　　號　　科 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日		
醫療設施	□診療室(　　)間　□觀察床(　　)床　□血液透析床(　　)床 □治療室(　　)間　□手術台(　　)台　□牙醫治療台(　　)台 □嬰兒床(　　)床　□產台(　　)台　□產科病床 (　　)床 □調劑設施　□門診手術室　□供應室 □物理治療設施　□職能治療設施　□聽力設施 □檢驗設施　□放射線設施　□語言治療設施 □牙體技術設施　□驗光設施　□牙科放射線設施		
其它設備	□緊急供電設備　□廢棄物處理設施　□消防及安全設備		
配置人員	醫師　(　)人　護理人員　(　)人　藥劑人員　(　)人 物理治療人員(　)人　職能治療人員(　)人　語言治療人員(　)人 聽力治療人員(　)人　醫事放射人員(　)人　醫事檢驗人員(　)人 呼吸治療人員(　)人　助產人員　(　)人　驗光人員　(　)人 牙體技術人員(　)人　齒模製造技術員(　)人		

申請人簽章：

聯絡電話：

臺中市政府衛生局

稽查診所調劑設施設備及人員配置查核表

年　　月　　日

申請人		診所名稱	診所
地址	臺中市　　區　　里　　路　　段　　號　　樓		

查　核　事　項	是否符合(ˇ或X)	備　註
一、設調劑設施者，應有藥事人員1人以上(註) □中醫診所得由中醫師調劑		
二、應與公共場所及住家有明顯區隔		
三、應有獨立之調劑室，其地坪面積應有6平方公尺以上。＿＿＿＿平方公尺		
四、處方藥應置於調劑室妥善保管		
五、管制藥品應專設櫥櫃加鎖儲藏		
六、應設洗滌、乾燥、滅火及其他安全設備		
七、視需要設置藥品專用冷藏冰箱，且其內應置溫度計		

稽查結果：□符合設置標準　□不符合設置標準　稽查人員：＿＿＿＿

※稽查當時稽查事項與事實相符，被稽查診所負責人並無異議，且稽查人員無不法情事。

診所負責人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

註：中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形，醫師可以診療為目的自開處方，親自為藥品之調劑。

臺中市政府衛生局

醫療院所醫事人員名冊

編號	醫事人員類別	姓名	性別	出生年月	證書字號	身分證字號	備註
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

填表日期：　　年　　月　　日

製表人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臺中市政府衛生局

臺中市政府衛生局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：本局基於進行醫療（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局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04-25265394*3220、3230、3240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，本局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

全民健康保險特約診所基本資料表

診所名稱						代號							
開業執照地址	郵遞區號 □□□□□ 縣市 市鎮鄉區 村里 街路 段 巷 弄 號												
負責醫師		出生年月	年 月 日	最近開業日期	年 月 日								
身分證號										最近開業執照號碼			

診療科別

01□家庭醫學科 05□婦產科 09□耳鼻喉科 13□精神科 82□放射線科 40□牙科
02□內科 06□骨科 10□眼科 14□復健科 83□病理科 60□中醫
03□外科 07□神經外科 11□皮膚科 15□整形外科 84□核子醫學科
04□小兒科 08□泌尿科 12□神經科 81□麻醉科 00□一般診療

醫事人員數

A 醫師		E 藥劑生		J 醫事檢驗師		S 醫用放射線技術師（士）		Z 營養師	
B 中醫師		F 護理師		K 醫事檢驗生		U 物理治療生			
C 牙醫師		G 護士		Q 物理治療師		V 職能治療生			
D 藥師		H 助產士		R 職能治療師		W 語言治療人員			

診療設備

門診手術室 □有＿＿間 □無	15血液透析床 □有＿＿床 □無
產房 □有＿＿間 □無	16嬰兒床 □有＿＿床 □無
14觀察床 □有＿＿床 □無	委託代檢之合約 □醫事服務機構 □醫事檢驗機構 □無

醫事人員簡歷

類別	姓名	出生年月	身分證號	執業執照號碼	專科別	專科證書字號	專科證書有效起始日

一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。

二、該 □診 所□負責醫師 □未涉有□涉 有醫療管理相關法規違規情事，目前□已□未結案。

三、該院所違規事實概要：**縣市（政府）衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章)**

中 華 民 國 年 月 日

其他醫療設備

01□核磁共振斷層掃瞄儀	臺	11□正子斷層掃瞄造影設備	臺	60□心導管設備	臺
02□電腦斷層攝影掃瞄儀	臺	51□血液透析機	臺	61□染料鐳射碎石	臺
03□放射性同位數治療設備	臺	52□高壓氧	臺	62□尿流動力學檢查機	臺
04□放射性同位數診斷設備	臺	53□骨質密度測量儀	臺	□血管造影設備	臺
05□高能遠距放射治療設備	臺	54□二氧化碳鐳射設備	臺	□內視鏡	臺
06□高震波碎石裝置	臺	55□自動生化分析儀	臺	□黑白超音波	臺
07□準分子雷射血管成型術系統	臺	56□血管攝影 X 光機	臺	□眼科雷射機	臺
08□帕碼司卡特球狀冠狀	臺	57□乳房 X 光攝影	臺	□心電圖儀	臺
09□準分子雷射屈光性角膜切除術設備	臺	58□冷凍治療機	臺	□牙科型 X 光機	臺
10□冠狀動脈旋轉研磨鑽	臺	59□彩色超音波	臺	□高能粒子治療設備	臺

醫事服務機構其他基本資料

性質			
1□公立 2□財團法人 3□私立(合夥) 4□私立(獨資)	單位所得稅統一編號		本欄局務查須驗由核衛章
	電話及手機號碼		
	傳真號碼		

表單編號：QR-UK0F-003-F02-C

檔號:：15110107
保存年限：15

申請書

本診所為申請全民健康保險特約診所，敬請 鈞局於附件「全民健康保險特約診所基本資料表」上所填資料查證並核章，請惠予辦理。

此致

臺中市政府衛生局

申請人：

診所名稱：

地址：

電話：

中華民國　　年　　月　　日

第　層決行

擬辦：

一、 本案機構申請資料與本局登錄資料符合，請准予核章。

二、 文陳閱後存查。

臺中市診所負責醫師開業前管理調查情形表

107.02.08 製

醫療機構名稱：

項　次	自　我　檢　視	複　核
高齡為 70 歲以上之負責人	□是 □否，年齡為＿＿＿＿＿＿	□是 □否
近 5 年有違反醫療法規紀錄	□是，＿＿年，違反何項法規： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □否	□是 □否
近 2 年內同一地點更換負責人 1 次以上	□有，原因為何：＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □無	□有 □無
申請設立本診所之資金來源	□獨資 □合資 資金來源為：＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	---
簽　章	負責醫師：	複核人員：

中醫診所申請開、歇業、異動攜回相關資料核對表

診所名稱：　　中醫診所；負責醫師：

診所地址：臺中市　　區

攜回日期：　　年　　月　　日

項次		攜回臺中市政府衛生局之資料	有	無	備註
開、歇業、異動	1	醫療（事）機構開(歇)業暨各項變更申請書			
	2	□診所申請開業、遷移現場查核表 □診所申請歇業、遷移現場查核表			
	3	醫療院所醫事人員名冊			
	4	醫師證書影本			
	5	□身分證影本(正反面)　□一吋相片3張(歇業免附)			
	6	個人資料保護法第8條規定進行個資蒐集前之告知內容			
	7	**照片(含市招、診療室、候診區、調劑室、病歷室等)**			由稽查人員拍照攜回
歇業、異動	8	□原領開業執照正本　□執業執照正本 □開業執照/執業執照　遺失切結書			如正本執照遺失，請檢附遺失切結書
開業、異動	9	診所申請開業審查表			
	10	□診所調劑設施設備及人員配置查核表　□**免附**(未設置)			
	11	□醫療(事)機構交通位置圖　□醫療(事)機構內部平面簡圖			
	12	□土地使用分區證明　□免附(其它文件已標示)			
	13	□建物測量成果圖□建物使用執照影本□建物所有權狀影本			
	14	□建築物室內裝修合格証明　□**免附**(非供公用建築)			
	15	□建物使用執照用途變更之相關資料 □**免附**(無變更用途)			
	16	□租賃契約書　□無償使用同意書　□轉租同意書 □**免附**(建物為負責醫師所有)			
	17	□健保基本資料表(含用印申請書)　□免附(不辦理健保特約)			
	18	□醫療廢棄物清除處理合約書影本　□無醫療廢棄物之切結書			
	19	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.攜回資料欄內之□：請勾選有無該項目。勾有：表示攜回該資料；勾無：表示該資料並未由稽查員攜回