

臺中市醫事機構申請開(歇)業、異動相關表單

臺中市醫事機構開(歇)業暨各項變更申請書

醫事機構 基本資料	醫事機構名稱：_____，負責人：_____ 地址：臺中市_____區_____里_____ 電話：_____傳真：_____	照片 黏貼處 (歇業免貼)
申請事項	一、☐開業 負責人基本資料： 姓名：_____出生年月日：____/____/____ E-Mail _____ 身分證字號：_____醫事人員證書字號：_____字第_____號 機構醫事人員數： 1. 護理師(士)_____人 2. 物理治療人員_____人 3. 職能治療人員_____人 4. 語言治療人員_____人 5. 聽力治療人員_____人 6. 醫事檢驗人員_____人 7. 醫事放射人員_____人 8. 呼吸治療人員_____人 9. 牙體技術人員_____人 10. 助產人員_____人 11. 驗光師(生)_____人 12. 其它_____ 醫事機構面積：_____平方公尺 二、☐歇業：原市招是否已拆除：☐是 ☐否 三、☐遷移： (一) ☐同區遷移，原地址：_____ (二) ☐跨區遷移，原地址：_____ 三、☐其他變更事項： (一) ☐機構名稱變更，原_____變更為_____ (二) ☐使用面積變更，原_____變更為_____ (三) ☐其他，原_____變更為_____	
負責人簽名：_____申請日期：____/____/____ 公會戳章欄：(請務必先至公會核章)		

臺中市政府衛生局稽查物理治療所設備及人員配置查核表

一、物理治療所名稱：_____ 地址：_____

二、負責物理治療師：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____

三、物理治療所設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於____內填入數字或文字資料)

人員		說明	物理治療所現況資料 (本欄由物理治療所自填)			審核 (本欄由衛生機關填寫)		說明		
物理治療所：應有物理治療師1人以上。		前項負責人，物理治療師須在醫療機構執行業務2年以上，始得為之。	領有物理治療師證書字號：			☐ 合格	☐ 不合格			
			設備 有 無			☐ 合格	☐ 不合格			
型態	應能提供：		1. 物理治療之評估及測試。							
			2. 物理治療目標及內容之擬定。							
	☐ 非專門提供居家物理治療之物理治療所(機構式)	能提供下列之2款物理治療：	3. 操作治療。							
			4. 運動治療。							
			5. 義肢、輪椅、助行器或裝具之使用訓練及指導							
			6. 冷、熱、光、電、水、超音波或其他相類之物理治療(請圈選執行項目)							
			7. 牽引、振動或其他機械性治療(請圈選執行項目)							
	☐ 專門提供居家物理治療之物理治療所(居家式)	能提供下列之1款物理治療：	3. 操作治療。							
			4. 運動治療。							
			5. 義肢、輪椅、助行器或裝具之使用訓練及指導							
設施	應符合下列規定	※專門提供居家物理治療之物理治療所，其設施得不受前項第1款至第6款規定之限制	居家物理治療所不適用	1. 有明顯區隔之獨立作業場所。						
				2. 總樓地板面積45平方公尺以上，其中治療空間30平方公尺以上						
				3. 治療空間具隱密性，不得設置於地下樓層						
				4. 主要出入口連結無障礙通路；非使用一樓者，設置升降設備或坡道						
				5. 無障礙廁所盥洗室一間以上(包括馬桶、扶手、小便器、洗面盆及廁所空間等，並不含淋浴設施)						
				6. 地板為防滑材質						
				7. 消防安全符合相關法規規定						
				8. 備有清潔及消毒設備						
				作業	應符合下列規定	1. 訂定作業手冊，並定期修正				
						2. 醫囑單及物理治療紀錄放置場所				
其他	建築物構造符合建築法有關規定。					☐ 合格	☐ 不合格			
	有無檢附建築(物理治療所)平面簡圖及建築物合法使用證明文件(建築物使用執照)									
	場所寬敞、通風、光線充足，環境衛生良好。									
	適當之消防設備及安全措施。(滅火器、避難逃生標示設備、緊急照明設備等)請依消防法相關規定辦理									
其他	物理治療所之廣告，其內容以下列事項為限：					☐ 合格	☐ 不合格			
	1. 物理治療所之名稱、開業執照字號、地址、電話及交通路線。									
	2. 物理治療師(生)之姓名及其證書字號。									
	3. 其他經中央衛生主管機關公告容許登載或宣播事項。									

填表人簽章_____ 審核人員簽章_____ 日期：_____

臺中市政府衛生局稽查職能治療所設備及人員配置查核表

一、職能治療所名稱：_____ 地址：_____

二、負責職能治療師：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____

三、職能治療所設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於____內填入數字或文字資料)

人員		說明	職能治療所現況資料			審核 (本欄由衛生機關填寫)	
職能治療所：應有職能治療師1人以上。		前項負責人，職能治療師須在醫療機構執行業務2年以上，始得為之。	領有職能治療師證書字號：			☐ 合格	☐ 不合格
設 備			有	無	☐ 合格	☐ 不合格	
型態	應能提供：	能提供下列之2款職能治療：	1. 職能治療之評估。			☐ 合格	☐ 不合格
	☐ 非專門提供居家職能治療之職能治療所 (機構式)		2. 作業治療。				
	☐ 專門提供居家職能治療之職能治療所 (居家式)		3. 產業治療。				
			4. 娛樂治療。				
			5. 感覺統合治療。				
			6. 人造肢體使用之訓練及指導				
			7. 副木及功能性輔具之設計、製作、使用訓練及指導。				
設施	應符合下列規定	※專門提供居家職能治療之職能治療所，其設施得不受前項第1款至第6款規定之限制	居家職能治療所不適用	1. 有明顯區隔之獨立作業場所。			
				2. 總樓地板面積45平方公尺以上，其中治療空間30平方公尺以上			
				3. 治療空間具隱密性，不得設置於地下樓層			
				4. 主要出入口連結無障礙通路；非使用一樓者，設置升降設備或坡道			
				5. 無障礙廁所盥洗室一間以上(包括馬桶、扶手、小便器、洗面盆及廁所空間等，並不含淋浴設施)			
				6. 地板為防滑材質			
				7. 消防安全符合相關法規規定			
				8. 備有清潔及消毒設備			
作業	應符合下列規定		1. 訂定作業手冊，並定期修正				
			2. 醫囑單及職能治療紀錄放置場所				
其他	建築物構造符合建築法有關規定。					☐ 合格	☐ 不合格
	有無檢附建築(物理治療所)平面簡圖及建築物合法使用證明文件(建築物使用執照)						
	場所寬敞、通風、光線充足，環境衛生良好。						
	適當之消防設備及安全措施。(滅火器、避難逃生標示設備、緊急照明設備等)請依消防法相關規定辦理						
	職能治療所之廣告，其內容以下列事項為限：					☐ 合格	☐ 不合格
	1. 職能治療所之名稱、開業執照字號、地址、電話及交通路線。						
	2. 職能治療師(生)之姓名及其證書字號。						
	3. 其他經中央衛生主管機關公告容許登載或宣播事項。						

填表人簽章_____ 審核人員簽章_____ 日期：_____

臺中市政府衛生局稽查醫事放射所設備及人員配置查核表

一、醫事放射所名稱：_____ 地址：_____

二、負責放射師〈生〉：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____

三、醫事放射所設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於____內填入數字或文字資料)

區分	設 置 標 準	說 明	醫事放射所現況資料 (本欄由醫事放射所自填)		審 核 (本欄由衛生機關填寫)			
人員	醫事放射所：應有醫事放射師(士)1人以上。	前項負責人應符合下列資格之一： 1. 醫事放射師須在中央衛生主管機關指定之醫療機構執行業務2年以上。 2. 醫事放射師(士)在79年12月31日前已執業或自行開業，其場所輻射安全經行政院原子能委員會審查合格准予登記者。	1. 負責醫事放射師〈士〉姓名： 2. 領有醫事放射師〈士〉證書字號： 3. 醫事放射師____人、醫事放射士____人 4. 醫事檢驗師____人、醫事檢驗生____人		合格 ☐	不合格 ☐	說明	
設備	1. 醫事放射所之設施，應符合下列規定：		1. 獨立放射檢查作業場所及候診區。 2. 應專人管理醫事放射紀錄，醫師開具之會檢單等放置櫃子或空間。 3. 有明顯區隔之獨立作業場所。 4. 總樓地板面積，應有30平方公尺以上。(並設置醫事檢驗部門者，總樓地板面積，不得小於50平方公尺) 5. 設有診斷型X光設備1部以上。 6. 設有影像處理設備1套以上。 7. 設有防護用鉛衣及男女生殖器防護屏各1套以上。 8. 設有更衣室設施。 9. 設有放射線防護措施並有原委會檢查合格紀錄。 10. 以上放射設備，均領有原委會核發之設備執照。	有 ☐	無 ☐	合格 ☐	不合格 ☐	說明
				有 ☐	無 ☐			
				有 ☐	無 ☐			
				有 ☐	無 ☐			
				有 ☐	無 ☐			
				有 ☐	無 ☐			
				有 ☐	無 ☐			
				有 ☐	無 ☐			
				有 ☐	無 ☐			
				有 ☐	無 ☐			
其他	1. 建築物構造符合建築法有關規定： 2. 場所寬敞、通風、光線充足，環境衛生良好。 3. 適當消防設備及安全措施。 4. 廢棄物清理法有關規定： 5. 醫事放射所之廣告，其內容以右列事項為限：	a. 醫事放射所之名稱、開業執照自號、地址、電話及交通路線。 b. 醫事放射師或醫事放射士之姓名及其證書字號。 c. 其他經中央衛生主管機關公告容許登載或宣播事項。	檢附建築(醫事放射所)平面簡圖及建築物合法使用證明文件(建築物使用執照) X光室及等候室空間：寬敞 ☐ 通風 ☐ ，光線充足 ☐ ，環境衛生 ☐ 消防設備及適當安全措施 有無檢附感染性醫療事業廢棄物委託清理合約書	有 ☐	無 ☐	合格 ☐	不合格 ☐	說明
				有 ☐	無 ☐			
				有 ☐	無 ☐			
				有 ☐	無 ☐			
				有 ☐	無 ☐			

填表人簽章_____ 審核人員簽章_____ 日期：_____

臺中市政府衛生局稽查醫事檢驗所設備及人員配置查核表

一、醫事檢驗所名稱：_____ 地址：_____

二、負責檢驗師〈生〉：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____

三、醫事檢驗所設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於____內填入數字或文字資料)

區分	設置標準	說明	醫事檢驗所現況資料 (本欄由醫事檢驗所自填)		審核 (本欄由衛生機關填寫)		
人員	醫事檢驗所：應有醫事檢驗師(生)1人以上。	前項申請人，醫事檢驗師須在醫療機構或醫事檢驗所執行業務2年以上；醫事檢驗生須在醫療機構或醫事檢驗所執行業務5年以上，始得為之。	1. 負責醫事檢驗師〈生〉姓名： 2. 領有醫事檢驗師〈生〉證書字號： 3. 醫事檢驗師____人、醫事檢驗生____人 4. 醫事放射師____人、醫事放射士____人		合格 ☐	不合格 ☐	說明
設	醫事檢驗所之設施，應符合下列規定：		1. 有明顯區隔之獨立作業場所及候檢區。 2. 醫事檢驗所對檢驗結果紀錄、醫師開具之檢驗單、檢驗報告副本及醫事檢驗品管紀錄，設置櫃子或空間。 3. 總樓地板面積，不得小於20平方公尺。(並設置醫事放射部門者，總樓地板面積，不得小於50平方公尺) 4. 設有顯微鏡。 5. 設有生化比色儀。 6. 設有離心機。 7. 設有血球計數儀。 8. 設有冷藏設備。 9. 設有清潔及消毒設備。	有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐	合格 ☐	不合格 ☐	說明
檢驗項目	醫事檢驗所至少應提供下列各款之5款以上醫事檢驗項目		1. 一般臨床檢驗 2. 臨床生化檢驗 3. 臨床血清檢驗 4. 臨床免疫檢驗 5. 臨床血液檢驗 6. 輸血檢驗及血庫作業 7. 臨床微生物檢驗 8. 臨床生理檢驗	有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐	合格 ☐	不合格 ☐	說明
其他	1. 建築物構造符合建築法有關規定： 2. 場所寬敞、通風、光線充足，環境衛生良好。 3. 適當消防設備及安全措施。 4. 廢棄物清理法有關規定： 5. 醫事檢驗所之廣告，其內容以右列事項為限：	a. 醫事檢驗所之稱、開業執照字號、地址、電話及交通路線。 b. 醫事檢驗師或醫事檢驗生之姓名及其證書字號。 c. 其他經中央衛生主管機關公告容許登載或宣播事項。	檢附建築(醫事檢驗所)平面簡圖及建築物合法使用證明文件(建築物使用執照) 檢驗室及等候室空間：寬敞通風，光線充足，環境衛生 消防設備及適當安全措施 有無檢附感染性醫療事業廢棄物委託清理合約書	有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐	合格 ☐	不合格 ☐	說明

填表人簽章_____ 審核人員簽章_____ 日期：_____

臺中市政府衛生局稽查牙體技術所設備及人員配置查核表

- 一、牙體技術所名稱：_____ 地址：_____
- 二、負責牙體技術〈生〉：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____
- 三、醫事機構設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於____內填入數字或文字資料)

區 分	設 置 標 準	機 構 現 況 資 料	審 核 (本欄衛生機構填寫)		
			合 格	不 合 格	說 明
人 員	負責牙體技術師(生)1人	目前機構負責牙體技術師 (生) _____人	☐	☐	
設 置 規 格	一、應有明顯區隔之獨立作業場所	有明顯區隔之獨立作業場所			
	二、總樓地板面積:不得小於二十平方公尺。	總樓地板面積: _____平方公尺。			
	三、明顯劃分成品區，並設有清洗設備、污物處理設備、吸塵設備及金屬、石膏研磨機。	有明顯劃分成品區，並設有清洗設備、污物處理設備、吸塵設備及金屬、石膏研磨機。			
	四、有通風設備、防塵及採光照明設備。。	有通風設備、防塵及採光照明設備。			
	五、消防安全應符合相關規定。	消防安全是否符合相關規定			
	六、保存執行業務紀錄之設施。	有保存執行業務紀錄之設施。			

填表人簽章_____ 審核人員簽章_____ 日期：_____

臺中市政府衛生局稽查聽力所設備及人員配置查核表

一、聽力所名稱： _____ 地址： _____

二、負責聽力師： 聯絡人： 電話：

三、聽力所設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於 內填入數字或文字資料)

區分	設 置 標 準	說 明	聽力所現況資料 〈本欄由醫事放射所自填〉			審核 〈本欄由衛生機關填寫〉		
人員	聽力所：應有聽力師1人以上。(設置語言治療部門者，應另置執業登記之語言治療師1人以上)	前項負責人，聽力師須在中央主管機關指定之機構執行業務2年以上。	1. 負責聽力師姓名： 2. 領有聽力師證書字號： 3. 聽力師_____人 4. 語言治療師_____人			合格 ☐	不合格 ☐	說明
設備	聽力所之設施，應符合右列規定：		1. 應有有明顯區隔之獨立作業場所及出入口。	有 ☐	無 ☐	合格 ☐	不合格 ☐	說明
			2. 應有保存執行業務紀錄之設施	有 ☐	無 ☐			
			3. 總樓地板面積，應有20平方公尺以上。(合併設置語言治療部門者，總樓地板面積，不得小於30平方公尺)	有 ☐	無 ☐			
			4. 聽力檢查室：應符合室內全頻噪音量應具三十分貝（dBA）以下。	有 ☐	無 ☐			
			5. 合併設置語言治療部門者，應符合語言治療所設置標準之規定。 ☐ 無設置此項	有 ☐	無 ☐			
			6. 應有聽力檢查儀。 (1)領有行政院衛生署醫療器材許可証： (2)應至少含氣導、骨導、遮蔽之檢查功能。	有 ☐	無 ☐			
			7. 應有等候空間。	有 ☐	無 ☐			
其他	1. 建築物構造符合建築法相關規定：		檢附建築（聽力所）平面簡圖及建築物合法使用證明文件（建築物使用執照等）	有 ☐	無 ☐	合格 ☐	不合格 ☐	說明
	2. 場所寬敞、通風、光線充足，環境衛生良好。		診療室及等候室空間： 寬敞 ☐ 通風 ☐ ，光線充足 ☐ ，環境衛生 ☐	有 ☐	無 ☐			
	3. 適當消防設備及安全措施。		消防設備及適當安全措施	有 ☐	無 ☐			
	4. 聽力所之廣告，其內容以右列事項為限：	a. 聽力所之名稱、開業執照字號、地址、電話及交通路線。 b. 聽力師之姓名及其證書字號。 c. 其他經中央衛生主管機關公告容許登載或宣播事項。 d. 合併設置語言治療部門者，得於市招註明設置語言治療部門。	有 ☐	無 ☐				

填表人簽章：

審核人員簽章：

日期：_____

臺中市政府衛生局稽查語言治療所設備及人員配置查核表

一、語言治療所名稱：_____ 地址：_____

二、負責人：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____

三、語言治療所設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於____內填入數字或文字資料)

人員		說 明	語言治療所現況資料 (本欄由語言治療所自填)		審核 (本欄由衛生機關填寫)		說明	
語言治療所：應有語言治療師1人以上。		前項負責人，語言治療師須在醫療機構執行業務2年以上，始得為之。	領有語言治療師證書字號：		☐ 合格	☐ 不合格		
設 備					有	無		
型態	☐ 非僅提供居家語言治療之語言治療所 (機構式)	能提供下列各款中 1款 以上之語言治療項目	1. 構音、語暢、嗓音、共鳴障礙之評估與治療。			☐ 合格	☐ 不合格	
			2. 語言理解、表達障礙之評估與治療。					
			3. 吞嚥障礙之評估與治療。					
			4. 溝通障礙輔助系統使用之評估與訓練					
			5. 語言發展遲緩之評估與治療					
			6. 語言、說話與吞嚥功能之儀器操作。					
☐ 僅提供居家語言治療之語言治療所 (居家式)	能提供下列之 1款 語言治療：	1. 語言理解、表達障礙之評估與治療。						
		2. 吞嚥障礙之評估與治療。						
		3. 溝通障礙輔助系統使用之評估與訓練						
設施	應符合下列規定	※僅提供居家語言治療者，其設施得不受前項第1款至第6款規定之限制	居家語言治療所不適用	1. 總樓地板面積20平方公尺以上			☐ 合格	☐ 不合格
				2. 語言治療室內環境之背景噪音值低於四十五分貝(dBA)，並具隱密性。(請提供檢測證明)；不得設置於地下樓層。				
				3. 設有等候空間。				
				4. 主要出入口連結無障礙通路；非使用一樓者，設置升降設備或坡道。				
				5. 無障礙廁所盥洗室一間以上(包括馬桶、扶手、小便器、洗面盆及廁所空間等，並不含淋浴設施)				
				6. 具防滑材質之地板。				
				7. 具鏡子、教具、錄音器材等評估及治療工具。				
				8. 具保存執行業務紀錄及貯放教具之設施				
				9. 具清潔及消毒設備。				
				10. 具符合建築及消防安全相關法規之設施。				
其它	場所寬敞、通風、光線充足，環境衛生良好。					☐ 合格	☐ 不合格	
	適當之消防設備及安全措施。 (滅火器、避難逃生標示設備、緊急照明設備等)請依消防法相關規定辦理							
	語言治療所之廣告，其內容以下列事項為限： 一、語言治療所之名稱、開業執照字號、地址、電話及交通路線。 二、語言治療師之姓名及其證書字號。 三、業務項目。 四、其他經中央主管機關公告容許登載或宣傳之事項。							

填表人簽章_____ 審核人員簽章_____ 日期：_____

臺中市政府衛生局稽查助產所設備及人員配置查核表

一、助產所名稱：_____ 地址：_____

二、負責助產人員：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____

三、助產所設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於____內填入數字或文字資料)

區分	設 置 標 準	說 明	醫事放射所現況資料 (本欄由醫事放射所自填)	審核 本欄由衛生機關填寫		
				合格	不合格	說明
人員	(一)助產機構應以其申請設立之助產人員為負責人。	負責人應符合下列資格： 助產人員須在中央主管機關指定之醫療機構、助產機構執行助產業務2年以上。	1. 負責助產人員： 2. 領有助產人員證書字號： 3. 助產師__人、助產士__人。 4. □2年以上助產業務執業證明文件。	☐	☐	
設備	(一)助產所應有之基本設備。		☐ 產房。 ☐ 觀察室。 ☐ 觀察床。()床。[最多9床] ☐ 嬰兒床。()床。 ☐ 產台。 ☐ 保溫箱。 ☐ 消毒鍋。 ☐ 調奶設備。 ☐ 觀察床應設聯擊設備及隔離視線之屏障物 ☐ 產房及嬰兒床不得設置於地下室	☐	☐	
	(二)助產機構執行接生業務時，應具備下列藥物及設備。		☐ 接生器材用物。 ☐ 血壓計及聽診器。 ☐ 成人及嬰兒體重計。 ☐ 成人及嬰兒身高測量計。 ☐ 灌腸、導尿管、沖洗器。 ☐ 會陰縫合器材。 ☐ 子宮收縮劑(口服藥及針劑)。 ☐ 新生兒用藥膏。	☐	☐	
	(三)助產機構應具備急救下列藥物及設備。		☐ 氧氣。 ☐ 鼻管。 ☐ 人工氣道。 ☐ 氧氣面罩。 ☐ 抽吸設備。 ☐ 甦醒袋。 ☐ 靜脈点滴設備。 ☐ 靜脈点滴設備。 ☐ 強心針。	☐	☐	
	(四)助產人員執行相關業務，應製作紀錄。		☐ 紀錄保存櫃子或場所。	☐	☐	
	(五)收費標準。		☐ 揭示於明顯處	☐	☐	
其它	(一)建築物構造符合建築法有關規定。		☐ 建築(助產機構)平面簡圖。 ☐ 建築物合法使用證明文件。(建築物使用執照)	☐	☐	
	(二)保持整潔、秩序安寧、不妨礙公共衛生及安全。		☐ 保持整潔。 ☐ 秩序安寧。 ☐ 不妨礙公共衛生及安全	☐	☐	
	(三)適當消防設備及安全措施。		消防設備及適當安全措施	☐	☐	
	(四)廢棄物清理法有關規定。		☐ 檢附感染性醫療事業廢棄物委託清理合約書	☐	☐	
	(五)助產機構之廣告，其內容以右列事項為限。		助產機構廣告： 1. 助產機構之名稱、開業執照字號、地址、電話及交通路線。 2. 助產人員姓名及其證書字號。 3. 其他經中央衛生主管機關公告容許登載或宣播事項。	☐	☐	

填表人簽章：_____

審核人員簽章：_____

日期：_____

臺中市政府衛生局稽查驗光所設備及人員配置查核表

- 一、驗光所名稱：_____ 地址：_____
- 二、負責驗光師〈生〉：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____
- 三、醫事機構設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於____內填入數字或文字資料)

設 置 標 準								
人 員	一、負責驗光師(生)1人。 ☐ 驗光師須於指定機構執業2年以上。 ☐ 驗光生須於指定機構執業5年以上。 ☐ 檢附服務年資證明文件。 二、105年1月6日前，年資得併予採計。指定機構係指醫療機構、驗光所、眼鏡公司(商號)			驗光人員執行業務範圍				
				☐ 驗光師	1. ☐ 非侵入性之眼球屈光狀態測量及相關驗光。 2. ☐ 一般隱形眼鏡之配鏡。 3. ☐ 低視力者輔助器具之教導使用。 4. ☐ 其他依醫師開具之照會單或醫囑單所為之驗光。			
				☐ 驗光生	1. ☐ 一般性近視、遠視、散光及老花之驗光。 2. ☐ 一般隱形眼鏡之配鏡。 3. ☐ 其他依醫師開具之照會單或醫囑所為之驗光。			
設 置 規 格	☐ 獨立設立				☐ 與眼鏡公司(商號)合設			
	項目	合格	不合格	說明	項目	合格	不合格	說明
	應有明顯區隔之獨立作業場所				眼鏡公司合法登記			☐ 檢附公司登記證
	總樓地板面積：不得小於二十平方公尺。				總樓地板面積：不得小於五平方公尺			
	等候空間				等候空間 ☐ 與眼鏡公司共用			
	執行業務紀錄之保存設施				執行業務紀錄之保存設施 ☐ 與眼鏡公司共用			
	手部衛生設備(洗手檯)				手部衛生設備(洗手檯) ☐ 與眼鏡行共用			
	驗光室				合格	不合格	說明	
	內 部 設 備	1. 明顯區隔之獨立空間，且不得小於五平方公尺。						
		2. 空間之直線距離至少五公尺； ☐ 採鏡子反射法者，直線距離至少2.5公尺						
		3. 驗光必要設備：						
		A. 電腦驗光機或檢影鏡						
		B. 角膜弧度儀或綜合驗度儀						
		C. 鏡片試片組或綜合驗度儀						
		D. 鏡片驗度儀						
		E. 視力表						
	教導低視力者使用輔助器具時，應配置相關必要設備(僅驗光師可執行)							
	消防安全應符合相關規定。							
其 它								

稽查結果：☐合格 ☐不合格

負責人簽章_____ 審核人員簽章_____ 日期：_____

臺中市政府衛生局

稽查聯合醫事機構設置查核表

年 月 日

聯合醫事機構名稱：			聯合醫事機構		
聯合設置於同一場所，使用共同設施、設備，分別執行醫事業務					
申請人 1		1. 機構名稱			
申請人 2		2. 機構名稱			
申請人 3		3. 機構名稱			
申請人 4		4. 機構名稱			
地址	臺中市 區 里 路 段 號 樓				
查 核 事 項			是否符合 (√ 或×)	備 註	
一． 同棟使用數樓層者，各樓層應為連續使用					
二． 共同設施、設備，得登記於任一家醫事機構，並負共同責任，其設施、設備如下： (一)招牌 (二)等候空間 (三)醫事人員紀錄之保存空間 (四)清潔、消毒及醫療廢棄物之處理設施、設備 (五)共同使用區域內之消防及安全設施、設備。					
三． 前項各款以外之設施、設備，應獨立設置，與其它醫事機構明確區隔。					
四． 並符合建築及消防法規。					
五． 應檢具契約書備查。契約書應載明下列事項： (一)物理治療所及其它醫事機構之名稱。 (二)使用共同設施、設備之項目、管理方式及管理責任。 (三)物理治療所與其他醫事機構及使用共設施、設備之配置簡圖。					

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。

機構負責人簽章： 1、 2. 3. 4.

機構交通位置圖	
機 構 名 稱	
地 址	臺中市區里路街段巷號樓

醫療(事)機構內部平面簡圖

機構名稱：

機構地址：

總營業面積：_____平方公尺

申請日期：民國_____年_____月_____日

※ 各隔間請標示長、寬

臺中市政府衛生局醫事機構醫事人員名冊

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：

製表人： _____

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醫事機構開業登記中的資料，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、負責醫事人員等相關資料，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

臺中市政府衛生局稽查醫事機構申請歇業、遷移現場查核表

稽查日期： 年 月 日

申請人		醫事機構名稱	
地址			
查 核 事 項		是否符合	備 註
一、 市招： ☐ 市招已全部拆除。 ☐ 市招尚有_____標示。 ☐ 市招尚有服務時間等字樣。			
二、 治療設備： ☐ 現場無治療設備。 ☐ 現場仍有_____治療設施或設備。 現有治療設施暫時存放原址，並保證不在原址使用此治療設施，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) ☐ 無管藥證號。 ☐ 領有管藥證字號：_____ ☐ 已結存 ☐ 已轉讓 ☐ 已銷毀 ☐ 已減損處理 ☐ 已處理完成			
符合規定 (稽查人員簽章)	請改善後再申請 (稽查人員簽章)	負責人簽章	

※ 歇業後文件寄送地址：