

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、負責醫師是否到場。			
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。 <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 光電 <input type="checkbox"/> 手術			
<input type="checkbox"/> 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
<p>一、 市招：</p> <p><input type="checkbox"/>市招已全部拆除。</p> <p><input type="checkbox"/>市招尚有_____科標示。</p> <p><input type="checkbox"/>市招尚有診療時間等字樣。</p>			
<p>二、 醫療設備：</p> <p><input type="checkbox"/>現場無醫療設備。</p> <p><input type="checkbox"/>現場仍有_____醫療設施或設備。</p> <p>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。</p> <p>具結人：_____（簽章）</p> <p>身分證號碼：_____</p>			
<p>三、 管制藥品處理(限西醫診所使用)</p> <p><input type="checkbox"/>無管藥證號。</p> <p><input type="checkbox"/>領有管藥證字號：_____</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>已處理完成</p>			
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：_____

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	<input type="checkbox"/> 診療室()間 <input type="checkbox"/> 觀察床()床 <input type="checkbox"/> 血液透析床()床 <input type="checkbox"/> 治療室()間 <input type="checkbox"/> 手術台()台 <input type="checkbox"/> 牙醫治療台()台 <input type="checkbox"/> 嬰兒床()床 <input type="checkbox"/> 產台()台 <input type="checkbox"/> 產科病床 ()床 <input type="checkbox"/> 調劑設施 <input type="checkbox"/> 門診手術室 <input type="checkbox"/> 供應室 <input type="checkbox"/> 物理治療設施 <input type="checkbox"/> 職能治療設施 <input type="checkbox"/> 聽力設施 <input type="checkbox"/> 檢驗設施 <input type="checkbox"/> 放射線設施 <input type="checkbox"/> 語言治療設施 <input type="checkbox"/> 牙體技術設施 <input type="checkbox"/> 驗光設施 <input type="checkbox"/> 牙科放射線設施		
其它設備	<input type="checkbox"/> 緊急供電設備 <input type="checkbox"/> 廢棄物處理設施 <input type="checkbox"/> 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

稽查診所門診手術室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 (√ 或 x)	備註
一、門診手術室應為獨立之區域			
二、門診手術室應具下列設備：			
(1)手術台：每一門診手術室以設一台為限			
(2)器械台			
(3) <input type="checkbox"/> 無影燈及補助燈； <input type="checkbox"/> 惟僅執行顯微手術者，得免設置			
(4)手術包			
(5)急救設備及急救藥品			
(6)污物處理設備			
(7)洗手及消毒設備			
三、 <input type="checkbox"/> 執行全身麻醉(含靜脈全身麻醉)應具下列設備：			
(1)麻醉機			
(2)醫用氣體及抽吸設備。			
(3)醫療影像瀏覽設備			
(4)生命監視設備(至少應含心電圖、血氧飽和濃度監視器)			
(5)刷手台			
(6)觀察病床(專供手術後恢復使用)			
四、緊急供電設備			
五、門診手術室、產房、供應室應有護產人員 1 人流用			

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：_____

臺中市政府衛生局
稽查診所透析治療室設備及人員配置查核表

年 月 日

申請人		診所名稱	
地址	臺中市 區 里 路 段 號 樓		
查 核 事 項		是否符合 (√ 或 X)	備 註
一、床尾與牆壁間之距離至少 0.8 公尺			
二、床邊與鄰床之距離至少 0.8 公尺			
三、床邊與牆壁之距離至少 0.8 公尺			
四、血液透析室應具下列設備：			
1. 血液透析床 (台)			
2. 血液透析設備			
3. 逆滲透水處理設備			
4. 急救設備、急救車及急救藥品等			
5. 其他周邊設備：包括血壓脈搏心電圖監視器及血壓監視器等			
6. 手部衛生設備			
五、腹膜透析設備應具下列設備：			
1. 腹膜透析床 (台)			
2. 醫用氣體設備及抽吸設備			
3. 其他周邊設備：包括污水槽、換藥車、點滴架、冰箱、X 光看片設備或醫療影像系統設備、衛教視訊設備、加溫設備 (電毯或微波爐)			
4. 手部衛生設備			
六、緊急供電設備			
七、每 4 床應有護產人員 1 人、每 15 床應有醫師 1 人			

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：_____

臺中市政府衛生局
稽查診所產房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 (√ 或×)	備 註
一、婦產科得設產房及 10 床以下之產科病床			
二、產房不得設於地下樓層			
三、產房應有待產室、分娩室及刷手台			
產科病床應合下列規定：			
四、床尾與牆壁間之距離至少 1.2 公尺			
五、床邊與鄰床之距離至少 0.8 公尺			
六、床邊與牆壁之距離至少 0.8 公尺			
七、應備有隔離視線之屏障物			
八、緊急呼叫系統			
九、每 4 床產科病床應有護產人員 1 人			
十、全天 24 小時應有護產人員提供服務			
十一、設產科病床者，應設嬰兒室			
產房應具下列設備：			
十二、產台設備			
十三、真空吸引機或產鉗			
十四、無影燈			
十五、接生器械包			
十六、產包			
十七、新生兒處理台			

十八、烤燈		
十九、生命中樞監測設備：包括心電圖、血壓及血氧濃度監測設備		
二十、緊急剖腹產手術設備		
二十一、胎兒監視器		
二十二、超音波儀器（可與門診共用）		
二十三、急救設備及急救藥品等		
二十四、污物處理設備		
二十五、刷手台		
二十六、緊急供電設備		
二十七、門診手術室、產房、供應室應有護產人員 1 人流用		

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：_____

臺中市政府衛生局
稽查診所嬰兒室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 (√或×)	備註
一、不得設於地下樓層			
二、每1獨立房間不得超過16床嬰兒床。每床平均面積不得小於2.8平方公尺			
三、應有調奶設備：包括工作檯、清潔消毒設備、奶品貯存及冷藏設備			
四、應有手部衛生設備及嬰兒洗澡設備			
五、嬰兒床應有適當間距，並訂有感染管制措施			
六、空調設備			
七、嬰兒專用保溫設備或站立式輻射加溫設備			
八、高黃疸之照光治療設備			
九、緊急聯絡系統			
十、急救設備及急救藥物等			
十一、緊急供電設備			
十二、全天24小時應有護產人員提供服務			

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

診所負責人簽章：_____

臺中市政府衛生局

稽查診所復健治療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 (√或×)	備註
一、應有明顯區隔之獨立作業場所及無障礙設施			
二、設物理治療設施者，應有電療、運動治療設備，其空間至少應有 45 平方公尺			
三、設職能治療設施者，其空間至少應有 30 平方公尺			
四、併設物理治療及職能治療設施者，其空間至少應有 60 平方公尺			
五、設語言治療或聽覺評估、復健等設施者，其空間至少應有 15 平方公尺			
六、無障礙設施，應包括以下各項：			
1. 應設電梯或斜坡道。但僅使用地面一樓之建築物，不在此限。 <input type="checkbox"/> 以樓梯升降椅代替。(軌道與樓梯距離 10 公分範圍內，高度 50 公分以下昇降軌道，樓梯及平臺最小淨寬為 75 公分以上) <input type="checkbox"/> 測試報告			
2. 主要走道台階處，應有推床或輪椅之專用斜坡			
3. 浴廁、走道、公共電話等公共設施，應有對殘障或行動不便者之特殊設計			
七、設物理治療設施者，除由醫師親自執行該業務者外，應有物理治療人員 1 人			
八、設職能治療設施者，除由醫師親自執行該業務者外，應有職能治療人員 1 人			
九、設語言治療設施者，除由醫師親自執行該業務者外，應有語言治療師 1 人			
十、設聽覺評估、復健等設施者，除由醫師親自執行該業務者外，應有聽力師 1 人			

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：_____

臺中市政府衛生局

稽查診所檢驗設施設備及人員配置查核表

年 月 日

申請人		診所名稱	
地址	臺中市 區 里 路 段 號 樓		
查 核 事 項			是否符合 (√ 或 X)
			備 註
一、臨床顯微鏡檢查			
二、臨床生化檢查			
三、臨床血液檢查			
四、臨床細菌檢查			
五、洗手台			
七、應有明顯區隔之獨立作業場所，且其空間至少應有 20 平方公尺			
八、設檢驗設施者，除由醫師親自執行該業務者外，應有醫事檢驗人員 1 人			

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: _____

臺中市政府衛生局
稽查診所放射線設施設備及人員配置查核表

年 月 日

申請人		診所名稱	
地址	臺中市 區 里 路 段 號 樓		
查 核 事 項			是否符合 (√ 或 X)
			備 註
一、設放射線診斷設施者，應具下列設備：			
(1)一般診斷型 X 光設備。			
(2)X 光實體或影像處理系統設施與影像資料貯存裝置。(包括傳統或數位化之處理設施)			
(3)更衣室。			
二、實施注射對比劑之檢查室應備有下列急救設備：			
(1)插管。			
(2)基本急救藥物。			
(3)氧氣供給。			
(4)電擊器。			
三、符合游離輻射防護法之規定。			
四、設放射線設施者，除由醫師親自執行該業務者外，應有醫事放射人員 1 人			

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：_____

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 (√ 或 X)	備 註
一、設調劑設施者，應有藥事人員 1 人以上(註) <input type="checkbox"/> 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
稽查聯合診所設置查核表

年 月 日

聯合診所名稱	聯合診所		
申請人 1		1. 診所名稱	
申請人 2		2. 診所名稱	
申請人 3		3. 診所名稱	
地址	臺中市 區 里 路 段 號 樓		
查 核 事 項			是否符合 (√ 或 X)
			備 註
一、各該診所名稱依規定分別辦理。			
二、診療科別應依規定分別登記設置。			
三、診療室之隔間應與其他診所明顯區隔。			
四、診所獨立區域內之消防設備及安全設施，應符合規定。			
五、診所視需要設置之其他設施應與診療室鄰接且與其他診所 隔間明確區隔。			
六、各該診所應共同設置使用事項，如下所示，並負共同責任：			
(一)市招。			
(二)候診場所。			
(三)觀察病床在九床以下，設有婦產科診所者得設置十張以下產科病床；個別診所不得另設觀察病床或產科病床。			

(四)清潔、消毒設備及醫療廢棄物處理。		
(五)共同使用區域內之消防設備及安全設施。		
(六)緊急供電設備。		
七、得共同設置調劑部門，且應有專任藥事人員。		
八、得共同設置檢驗部門，且應有專任醫事檢驗人員。		
九、得共同設置放射線設備，且應有專任放射技術人員，但僅設牙醫放射線設備者，得不受限制。		
十、應檢具共同合約書及共同責任切結書。		

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： 1、 _____ 2、 _____ 3、 _____

臺中市政府衛生局
稽查診所驗光設施設備及人員配置查核表

年 月 日

申請人		診所名稱	
地址	臺中市 區 里 路 段 號 樓		
查 核 事 項			是否符合 (√ 或 X)
備 註			
一、設驗光設施者，應具下列設備：			
(1)電腦驗光機或檢影鏡。			
(2)角膜弧度儀或角膜地圖儀。			
(3)鏡片試片組或綜合驗度儀。			
(4)鏡片驗度儀。			
(5)視力表。			
二、設驗光設施者，除由醫師親自執行該業務者外，應有下列之一之人員一人以上：			
(1)驗光人員。			
(2)護理人員。			
(3)驗光人員法第 56 條第 4 項規定曾應驗光師(生)特種考試者。(本規定僅適用至中華民國 115 年 1 月 5 日)			

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：_____

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 M²)	
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

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

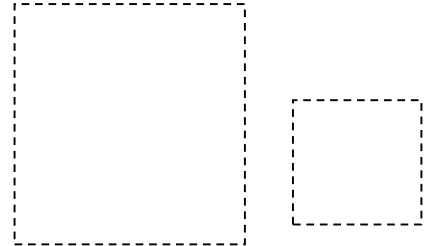
臺中市政府衛生局

申請人：

診所名稱：

地址：

電話：

Two dashed rectangular boxes are provided for the applicant to fill in their address and phone number. The first box is larger and positioned to the left of the second, smaller box.

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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，年齡為_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
近 5 年有違反醫療法規紀錄	<input type="checkbox"/> 是，____年，違反何項法規： _____ _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
近 2 年內同一地點更換負責人 1 次以上	<input type="checkbox"/> 有，原因為何：_____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
申請設立本診所之資金來源	<input type="checkbox"/> 獨資 <input type="checkbox"/> 合資 資金來源為：_____ _____	---
簽 章	負責醫師：	複核人員：