

## 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			
<b>支援報備注意事項：</b>			
<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：\_\_\_\_\_

# 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

# 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

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 醫療(事)機構開(歇)業暨各項變更申請書			
	2 <input type="checkbox"/> 診所申請開業、遷移現場查核表 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 身分證影本(正反面) <input type="checkbox"/> 一寸相片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 <input type="checkbox"/> 原領開業執照正本 <input type="checkbox"/> 執業執照正本 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 診所申請開業審查表			
	10 <input type="checkbox"/> 診所調劑設施設備及人員配置查核表 <input type="checkbox"/> 免附(未設置)			
	11 <input type="checkbox"/> 醫療(事)機構交通位置圖			
	12 <input type="checkbox"/> 醫療(事)機構內部平面簡圖			
	13 <input type="checkbox"/> 土地使用分區證明 <input type="checkbox"/> 免附(其它文件已標示)			
	14 <input type="checkbox"/> 建物測量成果圖			
	15 <input type="checkbox"/> 建物使用執照影本			
	16 <input type="checkbox"/> 建物所有權狀影本			
	17 <input type="checkbox"/> 租賃契約書 <input type="checkbox"/> 無償使用同意書 <input type="checkbox"/> 轉租同意書 <input type="checkbox"/> 免附(建物為負責醫師所有)			
	18 <input type="checkbox"/> 健保基本資料表(含用印申請書) <input type="checkbox"/> 免附			
	19 <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			
20 負責醫師開業前管理調查情形表				
21 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