

臺中市藥事人員 執業執照 申請書 (一式兩份) 檔號/保存年限:

類 別	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 藥劑生 <input type="checkbox"/> 其他：	收據號碼：	
基本資料	姓名：_____身分證字號：_____		一吋 照 片 黏貼處
	連絡電話：_____手機：_____		
	醫事人員證書字號：_____字第_____號 (管制藥品登記證：管證字第_____號)		
執業場所	機構名稱：_____		照片浮貼處
	機構負責人：_____機構代碼：_____		
申請事項	一、 <input type="checkbox"/> 執業執照登錄 執業日期：自_____年_____月_____日起		
	二、 <input type="checkbox"/> 歇業(註銷) 離職日期：自_____年_____月_____日起		
	三、 <input type="checkbox"/> 變更：執業場所/機構名稱 (註銷原執業執照，重新申請執業登記)		
	原登記機構_____，離職日_____年_____月_____日		
	變更後機構_____，執業日_____年_____月_____日		
	<small>(*若為機構名稱變更請檢附服務證明書)</small>		
	<small>(*若診所變更負責人請由本局醫事管理科轉送藥事人員相關資料)</small>		
	四、 <input type="checkbox"/> 停業：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日止		
事由： <input type="checkbox"/> 育嬰留停 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
<small>(*停業應於事實發生日起30日內報請原發執業執照機關備查。)</small>			
<small>(*停業以1年為限，逾1年者，應辦理歇業。)</small>			
五、 <input type="checkbox"/> 復業：自_____年_____月_____日 (檢附復業證明文件或機構核章)			
六、 <input type="checkbox"/> 有效期限到期更新執業執照 (需檢附繼續學分證明文件)			
七、 <input type="checkbox"/> 遺失補發 <input type="checkbox"/> 毀損換發			
八、 <input type="checkbox"/> 專門職業類別變更 <input type="checkbox"/> 姓名變更 <input type="checkbox"/> 其他			
變更前登載為：_____ 變更後登載為：_____			
申請人簽章：_____		代辦人簽章：_____	
<small>※申請人欄位由代理人簽名者，應檢附委託書正本。</small>		申請日期：_____年_____月_____日	
公會核章/復業機構核章	取件方式： <input type="checkbox"/> 公會領回 <input type="checkbox"/> 自取聯絡電話： <input type="checkbox"/> 郵寄地址：	執業執照浮貼處	

第 層 決 行

擬辦：經審核符合規定准予：執業、歇業、變更、執照更新、補發、換發、停業、復業。
經審核與規定不符，駁回申請。

代為決行
