|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **醫療器材商**  **名稱** | **系列股份有限公司 （加蓋公司印章）** | | | | | | | **電 話：03-3123456** | | | | |
| **聯絡人(手機)：王小俊/經理(0916123456)** | | | | |
| **地　　址** | **桃園市 桃園 區　桃花里桃花路1段66號** | | | | | | | | | | | |
| **負 責 人** | **姓　名** | **王小明** | | **身分證統一編號** | | **H12345689** | | | | **E-mail** | | **123@gmail.com** |
| **戶籍地址** | **桃園區中壢區愛心街1號** | | | | | | | **電話** | | | **0910123456** |
| **營業項目** | ■販賣業： □批發 □零售 ■輸入 □輸出 □租賃 □維修 | | | | | | | | | | 型態 | ■辦公室□門市□其他 |
| □製造業： □設計(成品) □製造 □包裝 □貼標 □滅菌 □最終驗放 | | | | | | | | | |
| **技術人員(製造業者及從事輸入或維修之販賣業者，皆需聘僱技術人員)** | **類　別** | | **姓　　名** | | | | **身分證統一編號** | | | | | |
| **□製造業者**  **■輸入之販賣業者**  **□維修之販賣業者** | | **王小俊** | | | | **A123456789** | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| **申請事項** | 一、■設立 | | | | 二、□遺失補發 □毀損換發 | | | | | | | |
| 三、變更申請：□遷址 □門牌整編 □藥商名稱 □營業項目 □負責人變更 □負責人更名□技術人員  □報備倉儲，地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  變更前登記為 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  變更後登記為 ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| 四、□停業(每次停業期間，不得超過一年，並應於停業期滿前，申請復業、繼續停業或歇業登記)  □首次停業□繼續停業:自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止  停業理由(必填)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫療器材商許可執照\_\_\_\_\_張暫存本局  醫療器材許可證\_\_\_\_\_張暫存本局 | | | | | | | | | | | |
| 五、□復業:自民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起 | | | | | | | | | | | |
| 六、□歇業(註銷):桃市藥販字第\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_號自民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起  桃市藥製字第\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_號自民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起  ※醫療器材許可證：□無許可證□已完成移轉或委託製造□繳回 張許可證，檢附同意繳銷切結書□已註銷許可證自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | | |
| **領取公文及執照方式** | □親領，電話通知領取人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_及連絡電話 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ■郵寄：收件人\_**○○會計事務所林小花**\_及地址\_**桃園市桃園區飛翔街1號**\_\_■檢附郵政匯票1,000元(匯票抬頭  負責人印信  名稱：桃園市政府衛生局) | | | | | | | | | | | |
| **負責人： 王小明 簽章**  **（加蓋負責人印章）**  **代理人：林小花 簽章**  **110年 5 月 1 日** | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **醫療器材商許可執照申請書**  申請機構印信 |

範例

（民）表1