**桃 園 市 護 理 機 構 申 請 書**

(民)表1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 機構名稱 | |  | | | | 地址 |  | | |
| 開業執照號碼 | |  | | | | 電話 |  | | |
| 負責人 | |  | | | 出生年月日 |  | | 身分證字號 |  |
| 類 別 | | 需 附 證 件 | | | | | | | |
| * 護理之家 * 產後護理 * 居家護理 * 日間照護 | | 開 業 | | | | | 歇 業 | | |
| 檢 附 文 件 | * 負責人公會入會證明 * 負責人身分證影本1份 * 建築物使用執照(含圖說)及建築物所有權狀 * 非本人所有，應加附租賃契約 * 內部配置圖 * 機構內執業登記醫事人員異動申請書(全部醫事人員)   □ 負責人照片1張 | | | | 檢 附 文 件 | * 負責人公會退會證明 * 開業執照正本繳回 * 執業執照正本繳回 * 機構內執業登記醫事人員異動申請書(全部醫事人員) * 市招拆除證明或預定拆除日期   □ 網際網路網頁資料移除切結書  □ 病歷保存管理方式及公告說明切結書 | |
| 變 更 | | | | | | | | | |
| 原 發 事 項 | | | | 變更事項 | □ 原址由另名護理人員申請變更負責人  □ 地址變更(因地籍整併)  □ 機構名稱變更  □ 其他： | | | | |
|  | | | |
| 檢 附 文 件 | □ 開業執照正本繳回  □ 執業執照正本繳回  □ 醫事人員專業證書影本  □ 負責人照片1張  □ 建築物使用執照及建築物所有權狀  □ 建物非本人所有，應加附租賃契約  □ 機構內執業登記醫事人員異動申請書(全部醫事人員)  □ 其他： | | | | |
| 變更後登記事項 | | | |
|  | | | |
| 公 會 異 動 證 明 | | | | * 已入會 * 已退會 * 已變更 | | | 公會承辦人： | | |
| 中華民國 年 月 日 申請人簽章︰ 蓋章﹕ | | | | | | | | | |
| 備註 |  | | | | | | | | |