

# 臺中市醫事機構申請開(歇)業、異動相關表單



# 臺中市醫事機構開(歇)業暨各項變更申請書

醫事機構 基本資料	醫事機構名稱： _____ 負責人： _____ 地址： _____ 電話： _____ 傳真： _____	照片  黏貼處  (歇業免貼)
--------------	--	-----------------------------

申 請 事 項	<p>一、<input type="checkbox"/>開業</p> <p>負責人基本資料：</p> <p>姓名： _____ 出生年月日： __/__/__ E-Mail _____</p> <p>身分證字號： _____ 醫事人員證書字號： _____ 字第 _____ 號</p> <p>機構醫事人員數：</p> <p>1. 護理師(士) _____ 人    2. 物理治療人員 _____ 人    3. 職能治療人員 _____ 人                  4. 語言治療人員 _____ 人    5. 聽力治療人員 _____ 人    6. 醫事檢驗人員 _____ 人                  7. 醫事放射人員 _____ 人    8. 呼吸治療人員 _____ 人    9. 牙體技術人員 _____ 人                  10. 助產人員 _____ 人    11. 其它 _____</p> <p>醫事機構面積： _____ 平方公尺</p> <p>二、<input type="checkbox"/>歇業：原市招是否已拆除：<input type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否</p> <p>三、<input type="checkbox"/>遷移：</p> <p>(一) <input type="checkbox"/>同區遷移，原地址： _____</p> <p>(二) <input type="checkbox"/>跨區遷移，原地址： _____</p> <p>三、<input type="checkbox"/>其他變更事項：</p> <p>(一) <input type="checkbox"/>機構名稱變更，原 _____ 變更為 _____</p> <p>(二) <input type="checkbox"/>使用面積變更，原 _____ 變更為 _____</p> <p>(三) <input type="checkbox"/>其他，原 _____ 變更為 _____</p>
------------------	---

負責人簽名： _____ 公會戳章欄：(請務必先至公會核章)	申請日期： ____/____/____
-----------------------------------	----------------------

## 臺中市政府衛生局稽查牙體技術所設備及人員配置查核表

一、牙體技術所名稱：\_\_\_\_\_ 地址：\_\_\_\_\_

二、負責牙體技術〈生〉：\_\_\_\_\_ 聯絡人：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

三、醫事機構設置標準審查：(請依實況於□內劃“V”，於\_\_\_內填入數字或文字資料)

區分	設置標準	機構現況資料	審核 (本欄衛生機構填寫)		
			合格	不合格	說明
人員	負責牙體技術師(生) 1人	目前機構負責牙體技術師(生) _____人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
設置規格	一、應有明顯區隔之獨立作業場所	有明顯區隔之獨立作業場所			
	二、總樓地板面積:不得小於二十平方公尺。	總樓地板面積: _____平方公尺。			
	三、明顯劃分成品區，並設有清洗設備、污物處理設備、吸塵設備及金屬、石膏研磨機。	有明顯劃分成品區，並設有清洗設備、污物處理設備、吸塵設備及金屬、石膏研磨機。			
	四、有通風設備、防塵及採光照明設備。	有通風設備、防塵及採光照明設備。			
	五、消防安全應符合相關規定。	消防安全是否符合相關規定			
	六、保存執行業務紀錄之設施。	有保存執行業務紀錄之設施。			

填表人簽章\_\_\_\_\_

審核人員簽章\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

# 機構交通位置圖

機構名稱

地址

臺中市

區

里

路街

段

巷

號

樓

## 醫療(事)機構內部平面簡圖

機構名稱：

機構地址：

總營業面積：\_\_\_\_\_平方公尺

申請日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

※ 各隔間請標示長、寬

# 臺中市政府衛生局

## 醫事機構醫事人員名冊

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：

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醫事機構開業登記中的資料，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、負責醫事人員等相關資料，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