

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	<p>一、 <input type="checkbox"/>開業</p> <p>負責醫師基本資料：</p> 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	
	<p>二、 <input type="checkbox"/>歇業</p> <p>三、 <input type="checkbox"/>遷移：</p> (一) 同區遷移，原地址：_____ (二) 跨區遷移，原地址：_____ <p>四、 <input type="checkbox"/>其它變更事項：</p> (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：	

醫療機構內部平面簡圖

診所名稱		機構地址	
調劑設施 (應有6M ²)		檢驗設施 (應有20M ²)	嬰兒室(每床不得 小於2.8 M ²)
物理治療設施 (應有45M ²)		職能治療設施 (應有30 M ²)	語言治療設施 (應有15 M ²)
併設物理+職能治療設施 (應有60M ²)		總營業面積	(M ²)

※各隔間請標示長、寬。

※基本空間：應標示出候診區、掛號區、診療室、病歷室(櫃)。

醫療(事)機構交通位置圖

機構名稱

地址 臺中市 區 里 路(街) 段 巷 號 樓

醫事人員 類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 聽力師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 驗光師(生)	照片 黏貼處 (歇業免貼)
基本資料	姓名：_____ 出生年月日：____/____/____ 身分證統一編號：_____ 手機：_____ 執業機構名稱：_____ 執業機構代碼：_____ 執業機構地址：臺中市 區 _____ 電話：_____ 執業科別：_____ 科 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">照片浮貼處</div> <p>*具有多重醫師人員資格者，依「具有多重醫事人員資格者執業管理辦法」第3條第2項規定，得申請於執業執照上加註(具資格且擬申請者請勾選)：</p> <input type="checkbox"/> 醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 醫師(兼具中醫師、牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 牙醫師(兼具醫師、中醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/> 中醫師(兼具醫師、牙醫師執業資格)	
申請事項	一、 <input type="checkbox"/> 執(從)業登記 執(從)業日期：自 ____/____/____ 起 二、 <input type="checkbox"/> 歇業(註銷) 離職日期：____/____/____ (一) <input type="checkbox"/> 單純歇業 (二) <input type="checkbox"/> 變更執業場所(註銷原執業執照，重新申請執業登記) 原登記機構 _____，離職日 ____/____/____ 變更後機構 _____，到職日 ____/____/____ 三、 <input type="checkbox"/> 變更登記 執業科別：原登記 _____，變更後 _____ 資格變更：原登記 _____，變更後 _____ 其他：原登記 _____，變更後 _____ 四、 <input type="checkbox"/> 遺失補發、損毀換發執業執照： ※請檢附：3個月內1吋正面脫帽照片2張、遺失具結書(執照遺失者)、原領執業執照(執照損毀者)、規費300元。 <input type="checkbox"/> 有效期限到期，更新執業執照： ※請檢附：原領執業執照、最近3個月內1吋脫帽半身照片2張、繼續教育學分證明、規費300元。 備註：執業需領有執業執照，始得執業；歇業、停業需於離職或事實發生日起30日內辦理完成(以上日數計算含假日)；執業執照更新應於應更新日期屆滿前六個月內辦理完成。	
申請人簽名：_____ 代理人簽名：_____ 申請日期：____/____/____ 公會戳章欄：		
第四層決行 擬辦： <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予執業、歇業、變更、執照更新。 <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予補、換發。 <input type="checkbox"/> 經審核與規定不符，檢還原件。		

臺中市政府衛生局稽查診所申請開業、遷移現場查核表

年 月 日

申請人	診所名稱	診所	
地址	臺中市 區 里 路(街) 段 巷 號 樓		
查核事項		是否符合 (v或x)	備註
一、負責醫師是否到場。			
二、申請地址與實際開業地址是否相符。			
三、所附設備圖是否與事實相符。			
四、申請診所之設施是否與醫療法之醫療機構設置標準符合，其項目如下：			
1.醫療服務設施（清潔、消毒及手部衛生設備）是否符合規定。			
2.所內外環境衛生良好，診療室及候診場所寬敞、通風、光線充足。			
3.獨立診療室及候診場所，並有適當維護隱私之設施：包括適當隔音，診間入口應有門隔開；進行檢查及處置之場所應有布簾隔開。			
4.應有病歷放置場所，並有專人管理。但依醫療機構電子病歷製作及管理辦法實施電子病歷者，得免置專人管理。			
5.依業務內容，備有急救設備及急救藥品等。			
6.適當之消防設備及安全設施。			
五、市招內容是否與醫療法第61、85、86、87條等規定相符合。			
六、是否張貼禁煙標誌。			
七、是否懸掛收費標準表。			
八、醫療設施配置與開業審查表醫療設施欄是否相符。			
九、是否有醫療廢棄物處置設施(無醫療廢棄物則免)。			
十、是否執行美容醫學業務。 <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 光電 <input type="checkbox"/> 手術			
十一、護理人力：()人 <input type="checkbox"/> 診療室：()間[每二間應有1人] <input type="checkbox"/> 手術室[與產房、供應室應有1人流用] <input type="checkbox"/> 觀察病床：應有1人 <input type="checkbox"/> 產科病床：()床[每4床應有1人，可依佔床率調整] <input type="checkbox"/> 血液透析床：()床[每4床應有1人]。			
十二、是否設有無障礙設施。 <input type="checkbox"/> 無障礙通道 <input type="checkbox"/> 無障礙廁所 <input type="checkbox"/> 無障礙溝通，輔導可裝設愛心鈴、扶手…等無障礙設施。			
◆建築物是否符合建築法規將由本局副知台中市政府都發局依權責辦理。			
准予開業 (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	

臺中市政府衛生局診所申請開業審查表

年 月 日

申請人		診所名稱	診所
地址	臺中市 區 里 路(街) 段 巷 號 樓		
診所電話		面積	平方公尺
專科證書 號碼期限	專醫字第 號 科 自 年 月 日至 年 月 日		
醫療設施	<input type="checkbox"/> 診療室()間 <input type="checkbox"/> 觀察床()床 <input type="checkbox"/> 血液透析床()床 <input type="checkbox"/> 治療室()間 <input type="checkbox"/> 手術台()台 <input type="checkbox"/> 牙醫治療台()台 <input type="checkbox"/> 嬰兒床()床 <input type="checkbox"/> 產台()台 <input type="checkbox"/> 產科病床 ()床 <input type="checkbox"/> 調劑設施 <input type="checkbox"/> 門診手術室 <input type="checkbox"/> 供應室 <input type="checkbox"/> 物理治療設施 <input type="checkbox"/> 職能治療設施 <input type="checkbox"/> 聽力設施 <input type="checkbox"/> 檢驗設施 <input type="checkbox"/> 放射線設施 <input type="checkbox"/> 語言治療設施 <input type="checkbox"/> 牙體技術設施 <input type="checkbox"/> 驗光設施 <input type="checkbox"/> 牙科放射線設施		
其它設備	<input type="checkbox"/> 緊急供電設備 <input type="checkbox"/> 廢棄物處理設施 <input type="checkbox"/> 消防及安全設備		
配置人員	醫師 ()人 護理人員 ()人 藥劑人員 ()人 物理治療人員()人 職能治療人員()人 語言治療人員()人 聽力治療人員()人 醫事放射人員()人 醫事檢驗人員()人 呼吸治療人員()人 助產人員 ()人 驗光人員 ()人 牙體技術人員()人 齒模製造技術員()人		
申請人簽章： 聯絡電話：			

臺中市政府衛生局

稽查診所調劑設施設備及人員配置查核表

年 月 日

申請人		診所名稱	
地址	臺中市 區 里 路 段 號 樓		
查 核 事 項		是否符合 (√ 或 X)	備 註
一、設調劑設施者，應有藥事人員 1 人以上(註) <input type="checkbox"/> 中醫診所得由中醫師調劑			
二、應與公共場所及住家有明顯區隔			
三、應有獨立之調劑室，其地坪面積應有 6 平方公尺以上。 _____平方公尺			
四、處方藥應置於調劑室妥善保管			
五、管制藥品應專設櫥櫃加鎖儲藏			
六、應設洗滌、乾燥、滅火及其他安全設備			
七、視需要設置藥品專用冷藏冰箱，且其內應置溫度計			

稽查結果：符合設置標準 不符合設置標準 稽查人員：_____

※ 稽查當時稽查事項與事實相符，被稽查診所負責人並無異議，且稽查人員無不法情事。

診所負責人簽章：_____

註：中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形，醫師可以診療為目的自開處方，親自為藥品之調劑。

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

申請書

本診所為申請全民健康保險特約診所，敬請 鈞局於附件「全民健康保險特約診所基本資料表」上所填資料查證並核章，請惠予辦理。

此致

臺中市政府衛生局

申請人：

診所名稱：

地址：

電話：

中華民國

年

月

日

第 層決行

擬辦：

- 一、本案機構申請資料與本局登錄資料符合，請准予核章。
- 二、文陳閱後存查。

臺中市診所負責醫師開業前管理調查情形表

107.02.08 製

醫療機構名稱：

項 次	自 我 檢 視	複 核
高齡為 70 歲 以上之負責 人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，年齡為_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
近 5 年有違反 醫療法規紀 錄	<input type="checkbox"/> 是，____年，違反何項法規： _____ _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
近 2 年內同一 地點更換負 責人 1 次以上	<input type="checkbox"/> 有，原因為何：_____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
申請設立本 診所之資金 來源	<input type="checkbox"/> 獨資 <input type="checkbox"/> 合資 資金來源為：_____ _____	---
簽 章	負責醫師：	複核人員：

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

項次	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 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 <input type="checkbox"/> 醫療(事)機構內部平面簡圖			
	12 <input type="checkbox"/> 土地使用分區證明 <input type="checkbox"/> 免附(其它文件已標示)			
	13 <input type="checkbox"/> 建物測量成果圖 <input type="checkbox"/> 建物使用執照影本 <input type="checkbox"/> 建物所有權狀影本			
	14 <input type="checkbox"/> 建築物室內裝修合格證明 <input type="checkbox"/> 免附(非供公用建築)			
	15 <input type="checkbox"/> 建物使用執照用途變更之相關資料 <input type="checkbox"/> 免附(無變更用途)			
	16 <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)			
	17 <input type="checkbox"/> 健保基本資料表(含用印申請書) <input type="checkbox"/> 免附(不辦理健保特約)			
	18 <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			
19 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