

## 新北市醫事人員停業、復業登記申請書

申請人簽章：	印章	申請日期： 年 月 日	
身份證字號：			
聯絡電話：		手機：	
聯絡地址：			
電子信箱：			
<input type="checkbox"/> 西醫	<input type="checkbox"/> 醫檢師（生）	<input type="checkbox"/> 呼吸治療師	
<input type="checkbox"/> 中醫	<input type="checkbox"/> 物理治療師（生）	<input type="checkbox"/> 放射師（士）	
<input type="checkbox"/> 牙醫	<input type="checkbox"/> 職能治療師（生）		
<input type="checkbox"/> 其他：			
<input type="checkbox"/> 停業	時間：自民國 年 月 日至民國 年 月 日		
	理由簡述：		
<input type="checkbox"/> 復業	時間：自民國 年 月 日		
醫療機構名稱		醫療機構負責人	
醫療機構代碼		醫療機構電話	
醫療機構地址			
醫事人員證書	字	號	公會證明
			字
			號
附註：停業期滿如需繼續，應向原發照機關核備，惟停業期間最長不超過一年，超過一年者應辦理歇業。			