

臺中市大臺中牙醫師公會會員入、退會及各項異動流程須知

異動事項 檢附文件	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二	十三		
	入會 服務 登記	入會 開業 登記	服 務 退 會	開 業 退 會	服 務 改 開 業	開 業 改 服 務	變 更 服 務 診 所	開 鄉 業 鎮 診 市 所 遷 同 移	服 鄉 務 鎮 診 市 所 遷 同 移	開 鄉 業 鎮 診 市 所 遷 不 移 同	服 鄉 務 鎮 診 市 所 遷 不 移 同	遺 失 執 業 執 照 補 發	遺 失 開 業 執 照 補 發		
1. 畢業證書影本一份	✓	✓			✓	✓	✓			✓	✓	相 片 一 張	相 片 二 張		
2. 考試及格證書影本一份	✓	✓			✓	✓	✓			✓	✓				
3. 牙醫師證書影本一份	✓	✓			✓	✓	✓			✓	✓				
4. 牙醫師證書正本	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	切結書乙份，請逕至本縣衛生局洽辦。			
5. 身份証影本一份	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
6. 印章	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
7. 相片	4張	5張			3張	3張	3張	3張	3張	3張	3張				
8. 在職證明書	✓					✓	✓				✓				
9. 離職證明書			✓		✓		✓								
10. 退會證明書正本	✓	✓													
11. 新診所平面配置圖一份		✓			✓			✓		✓					
12. 新診所交通位置圖一份		✓			✓			✓		✓					
13. 建物使用執照影本一份		✓			✓			✓		✓					
14. 測量成果圖影本一份		✓			✓			✓		✓					
15. 建物所有權狀影本一份		✓			✓			✓		✓					
16. 租賃契約書影本一份		✓			✓			✓		✓					
17. 醫療廢棄物處理合約書影本一份		✓			✓			✓		✓					
18. 開業執照				✓		✓		✓		✓					
19. 執業執照			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
20. 入會申請書	✓														
21. 開業申請書		✓								✓					
22. 服務改開業申請書					✓										
23. 衛生局承辦手續費	300	1300			1300	300	300	1300	300	1300	300			300	1000

臺中市政府衛生局醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書

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"/> 助產士 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 其他_____	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：_____ 執業機構名稱：_____ 執業機構代碼：_____ 執業機構地址：_____ 電話：_____ 執業科別：_____科	照片浮貼處
申請事項	*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)： <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)	
	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：醫事人員證書正本、3個月內1吋正面脫帽照片2張、遺失切結書(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、醫事人員證書正本、專科醫師證書影本(非專科醫師免附)、規費300元。 <input type="checkbox"/> 加註有效期限，換發執業執照： ※請檢附：原領執業執照、最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張、醫事人員證書正本。	
	申請人簽章：_____ 代理人簽章：_____ 申請日期：____/____/____ 公會戳章欄：	
第三層決行	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。	

臺中市政府衛生局醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書

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"/> 助產士 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 其他_____	公會留存
基本資料	姓 名：_____ 出生年月日：____/____/____ 身分證統一編號：_____ 執業機構名稱：_____ 執業機構代碼：_____ 執業機構地址：_____ 電話：_____ 執業科別：_____科 *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)： <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)	(免貼)
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：醫事人員證書正本、3個月內1吋正面脫帽照片2張、遺失切結書(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、醫事人員證書正本、專科醫師證書影本(非專科醫師免附)、規費300元。 <input type="checkbox"/> 加註有效期限，換發執業執照： ※請檢附：原領執業執照、最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張、醫事人員證書正本。	
申請人簽章：_____ 代理人簽章：_____ 申請日期：____/____/____ 公會戳章欄：		
第三層決行 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。		

診所 在 職 離 職 證 明 書

姓 名	
姓 別	
出 生 日 期	
籍 貫	
原領執照字號	中衛 牙 字第號 執業執照
醫事人員類別	牙醫師
離 職 日期 在 職	年 月 日

各項確屬無訛特此證明

診所名稱： 簽 章

負責醫師： 簽 章

中 華 民 國 年 月 日

診所 在 職 離 職 證 明 書

姓 名	
姓 別	
出 生 日 期	
籍 貫	
原領執照字號	中衛 牙 字第號 執業執照
醫事人員類別	牙醫師
離 職 日期 在 職	年 月 日

各項確屬無訛特此證明

診所名稱： 簽 章

負責醫師： 簽 章

中 華 民 國 年 月 日