

A. 取得公會會員證明文件後，再將檢具文件備妥，攜至臺南市政府衛生局醫事科辦理。

公會證明如何申請	
方式一：線上申請	至大臺南護理師護士公會網站 https://www.natna.org.tw/ *未曾入過大臺南申請入會：會員專區→入會申請 *曾加入過大臺南申請異動：登入→會員專區→異動申請
方式二：傳真	至大臺南護理師護士公會網站 https://www.natna.org.tw/ 會務資訊→常用表單下載→會員入(退)會、異動申請表格→填妥後傳真 637-7086
方式三：現場辦理	大臺南護理師護士公會地址：新營區中山路 115 號 7 樓之 1

※請將異動收件檢查表(表一)申請類別之檢具文件一併 E-MAIL 至 nurse6353525@gmail.com 或傳真或帶至公會會館

※繳納會費可洽 nurse6353525@gmail.com 或致電(06)635-3525

B. 會員至衛生局醫事科應附證件、書表、表單、附件及份數：

- 一、臺南市醫事人員執業執照申請及異動收件檢查表(見：表一)。
- 二、臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表(見：表二)。
- 三、具(切)結書(見：表三)。
- 四、委(託)任書(見：表四)。

作業流程	步驟說明
1. 申請人臨櫃申請	至衛生局醫事科單一窗口辦理。
2. 1 檢視文件是否備齊	自行檢查所有相關文件是否備齊影印。
2. 2 收件並登錄系統	收取該申請文件並登錄衛生福利部醫事管理系統作業。
3. 補齊相關文件	文件不齊者，退回申請文件補齊後再臨櫃辦理。
4. 製作執業執照並收取300元費用	電腦列印製作執業執照，收取行政規費新台幣300元整。
5. 退回證書開立收據 (辦理註銷不需繳費)	即可領取執業執照並退回核章完畢之證書，辦理完成。(辦理註銷不需繳交行政規費)

衛生局可選擇您方便區域辦理即可	
臺南市政府衛生局醫事科林森辦公室：台南市東區林森路一段 418 號 06-2679751(8:00-12:00 13:30-17:30)	
臺南市政府衛生局醫事科東興辦公室：台南市新營區東興路 163 號 06-63577161(8:00-12:00 13:30-17:30)	

臺南市醫事人員執業執照申請及異動收件檢查表

申請類別	檢具文件	數量
執業	臺南市醫事人員、醫事機構開（執）業異動申請表	表二
	委託書（非本人辦理）	表四
	列印積分證明文件(視個人執登身份再自行列印即可)	各 1
	若為新立案公司，需再檢附設立許可證書影本	各 1
	畢業證書影本(公會檢視用，不用檢附給衛生局)	
	護理師、護士證書正本及其影本（正本驗畢後發還）	各 1
	身分證正反面影本	各 1
	機構開立之在職證明書影本(需有機構大、小章)	各 1
	醫事人員公會會員證明文件	各 1
	最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片	2 張
	執業執照規費新臺幣 300 元	
註銷(歇業)	臺南市醫事人員、醫事機構開（執）業異動申請表	表二
	委託書（非本人辦理）	表四
	原領執業執照正本	各 1
	醫事人員公會證明	各 1
	機構開立之離職證明書影本（須有機構之大、小章）	各 1
	護理師、護士證書正本（正本驗畢後發還）	各 1
停、復業	臺南市醫事人員、醫事機構開（執）業異動申請表	表二
	委託書（非本人辦理）	表四
	醫事人員公會證明	各 1
	機構開立之(停、復業)證明書影本（須有機構大、小章）	各 1
	護理師、護士證書正本（正本驗畢後發還）	各 1
	原領執業執照正本(查驗完畢後，自行保管)	各 1
變更執業場所/ 機構原址變更負責人 (同在臺南)	臺南市醫事人員、醫事機構開（執）業異動申請表	表二
	委託書（非本人辦理）	表四
	原領執業執照正本	各 1
	醫事人員公會證明(變更負責人無須檢具)	各 1
	機構開立之離職證明書影本（須有機構大、小章）	各 1
	機構開立之在職證明書影本（須有機構大、小章）	各 1
	護理師、護士證書正本（正本驗畢後發還）	各 1
	最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片	2 張
執業執照規費新臺幣 300 元		

臺南市醫事人員執業執照申請及異動收件檢查表

申請類別	檢具文件	數量
變更(姓名或科別)	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	表二
	委託書(非本人辦理)	表四
	護理師、護士證書正本及其影本(正本驗畢後發還)	各1
	戶籍謄本影本(更改名字需檢具)	各1
	機構開立之在職證明書影本(須有機構大、小章)	各1
	醫事人員公會證明	各1
	原領執業執照正本	各1
	最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片	2張
	執業執照規費新臺幣300元	
變更執業類別 (士改師或生改師)	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表	表二
	委託書(非本人辦理)	表四
	護理師、護士證書正本及其影本(正本驗畢後發還)	各1
	機構開立之在職證明書影本(須有機構大、小章)	各1
	醫事人員公會證明	各1
	原領執業執照正本	各1
	最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片	2張
	執業執照規費新臺幣300元	
	執業執照遺失 (滅失)、損壞	臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表
委託書(非本人辦理)		表四
具結書(須簽名蓋章)		表三
機構開立之在職證明書影本(須有機構大、小章)		各1
原領執業執照正本(損壞需檢具)		各1
最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片		2張
執業執照規費新臺幣300元		
執業執照更新		臺南市醫事人員、醫事機構開(執)業異動申請表
	委託書(非本人辦理)	表四
	原領執業執照正本	各1
	醫事人員公會會員證明文件	各1
	護理師、護士證書正本(正本驗畢後發還)	各1
	最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片	2張
	醫事人員繼續教育或其他相關證明文件(自行列印後,需本人親自簽章於空白處):	各1
	執業執照規費新臺幣300元	

表二

臺南市醫事人員、醫事構開（執）業異動申請表

申請類別	<input type="checkbox"/> 機構開業【機構名稱：_____】 診療床____床；觀察病床____床(診所最多9床) 牙科治療台____台；產科病床____床(婦產科診所最多10床) 手術台____台；產台____台；嬰兒床____床；血液透析床____床 <input type="checkbox"/> 機構歇業 <input type="checkbox"/> 機構停業 <input type="checkbox"/> 機構復業 <input type="checkbox"/> 機構同區遷移 <input type="checkbox"/> 機構跨區遷移_____	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"/> 藥師(生) <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 護士 <input type="checkbox"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 臨床心理師 <input type="checkbox"/> 諮商心理師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <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"/> 聽力治療師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 牙體技術師(生) <input type="checkbox"/> 其他_____	
	<input type="checkbox"/> 機構變更負責人_____		<input type="checkbox"/> 申請執業執照 <input type="checkbox"/> 執業執照註銷(離職) <input type="checkbox"/> 執業執照到期更新 <input type="checkbox"/> 補、換發執業(開業)執照 <input type="checkbox"/> 變更：_____	
姓名		身分證號碼		照片黏貼處
性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
現居住址		機構電話： 聯絡電話：		
出生年月日		出生地		
民國 年 月 日		省(市) 縣(市)		
原開(執)業院所	名稱	住址	區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
新開(執)業院所	名稱	住址	區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
設立科別：		開業執照字號	南市衛 字第 號 民國 年 月 日發給	
		執業執照字號	南市衛 字第 號 民國 年 月 日發給 民國 年 月 日到期	
離職日期	民國 年 月 日		停、復業日期	
證書字號	字第 號		專科證書字號	
變更前			變更後	

備註：一、個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：申請人同意提供本表所列之個人資料，做為臺南市政府衛生局辦理醫事人員、醫療機構開（執）業異動申請之處理及建檔等相關業務使用。
 二、申請人得以書面請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用或刪除。

申請人： (簽章) 申請日期： 年 月 日

預計：開業歇業停業復業 日期： 年 月 日

擬辦：經審核符合規定，並隨到隨辦准予登錄在案核發執照 繳銷執照 執照、原送驗證件已領回
 第 層 決行

承辦人	股長	技正	科長	局長

具(切)結書

本人_____，原領臺南市政府衛生局
中華民國_____年____月____日核發之南市衛_____
執字第_____號執業執照，執業執照因
(保管不慎 其他_____) 遺失，茲
向貴局申請補發，如有虛偽情事，具結人願意
負責一切法律責任。

備註：一、個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：申請人同意提供本表所列
之個人資料，做為臺南市政府衛生局辦理醫事人員、醫療機構開(執)
業異動申請之處理及建檔等相關業務使用。
二、申請人得以書面請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停
止蒐集、處理、利用或刪除。

此 致
臺南市政府衛生局

具結人： (簽章)

申請日期： 年 月 日

委 任 書

茲本人 _____ 委任 _____ 君
為代理人，有代理一切申請、變更、註銷等暨醫事人員、護理人員、醫療機構等行為之權，並有同意代理人所填寫之一切事務等，特別代理權。

備註：一、個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：申請人同意提供本表所列之個人資料，做為臺南市政府衛生局辦理醫事人員、醫療機構開（執）業異動申請之處理及建檔等相關業務使用。
二、申請人得以書面請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用或刪除。

此 致

臺 南 市 政 府 衛 生 局

委任人

姓 名： _____ 簽、章處
身分證字號： _____
地 址： _____

受任人

姓 名： _____ 簽、章處
身分證字號： _____
地 址： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日