

新竹市衛生局護理機構

- 變更負責人
遷移新址 許可申請書
縮減床位

申請日期：中華民國 年 月 日

| | | | | | | | |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|----------|----|--|
| 機構名稱 | | | | | | | |
| 機構類型 | | <input type="checkbox"/> (一般)護理之家 <input type="checkbox"/> 精神護理之家 <input type="checkbox"/> 居家護理所 | | | | | |
| 機構地址 | | | | | | | |
| 電話 | | | | | | | |
| 申請人 | 姓名 | 簽章 | | 出生日期 | 民國 年 月 日 | | |
| | | | | 身份證字號 | | | |
| | 地址 | | | | | 電話 | |
| | 法人 | 名稱 | | | | | |
| | | 代表人 | | | | | |
| 事務所地址 | | | | | | | |
| 變更前負責人 | 姓名 | 簽章 | | 出生日期 | 民國 年 月 日 | | |
| | | | | 身份證字號 | | | |
| | 地址 | | | | | 電話 | |
| | 學歷 | | | | | | |
| 經歷 | 從事臨床護理工作 <input type="checkbox"/> 護理師 4 年以上 <input type="checkbox"/> 護士 7 年以上 | | | | | | |
| 變更後負責人 | 姓名 | 簽章 | | 出生日期 | 民國 年 月 日 | | |
| | | | | 身份證字號 | | | |
| | 地址 | | | | | 電話 | |
| | 學歷 | | | | | | |
| | 經歷 | 從事臨床護理工作 <input type="checkbox"/> 護理師 4 年以上 <input type="checkbox"/> 護士 7 年以上 | | | | | |