醫療器材商設立/變更登記申請查核表(醫療器材販賣)

|  |
| --- |
| 粗框內欄位請衛生所填寫 |
| 請查核「衛生福利部醫事管理系統」及「衛生福利部食品藥物管理署醫療器材商登記系統」於該址是否有其他醫療(事)機構或藥事機構同址設立。□無 □有，機構名稱: 查核人簽章: |
| 書審項目 | 申請人自評□機構 | 查核情形□書審 □現場 |
| 1.是否檢附「建築物外觀全景」照片。 | □是 □否 | □是 □否 |
| 2.是否檢附「門牌-遠照」照片。 | □是 □否 | □是 □否 |
| 3.是否檢附「門牌-近照」照片。 | □是 □否 | □是 □否 |
| 4.是否檢附「大門」照片。 | □是 □否 | □是 □否 |
| 5.是否檢附「內部」照片。 | □是 □否 | □是 □否 |
| 6.是否申請之地址與其他醫療(事)機構或藥事機構同址設立。 | □是 □否 | □是 □否 |
| 現場查核項目 | 申請人自評□倉庫 | 查核情形□現場 |
| 是否申請之地址與其他醫療機構、藥事機構或護產機構同址設立。 | □是 □否 | □是 □否 |
| □符合規定 □不符合規定 □應改善複查( 前完成)□複查合格 □複查不合格 |
| * 以上調查紀錄經本醫療器材商負責人/代理人親閱，並無發生財物短少或其他損害情形。

負責人/代理人（簽章）  | 衛生單位檢查人員（簽章）衛生單位主管（簽章） |

備註：請申請人先行自評，經衛生單位初審/勘不合格於三日內改善，並經複查合格者，以申請日為發照日；逾三日改善完成者，以改善複查合格日為發照日。