

管制藥品登記證申請書

機構或業者 名稱		申請日期	年 月 日	
		申請類別 (請勾選乙項)	☐ 新申請 ☐ 遺失補發 ☐ 損毀換發	
		醫事機構代碼 (無者免填)	同健保特約醫事機構代碼	
經營業別 (請勾選乙項)	☐醫療機構 ☐藥局 ☐西藥販賣業 ☐西藥製造業 ☐獸醫診療機構 ☐畜牧獸醫機構 ☐動物用藥品販賣業 ☐動物用藥品製造業 ☐醫藥教育研究試驗機構			
地址 (應與設立許可 文件地址相同)	郵遞區號 縣(市) 鄉(鎮市區) 路(街) 段 巷 弄 號 樓			
聯絡電話	()	傳真號碼	()	
電子郵件信箱	@			
負責人	負責人姓名			
	身分證統一編號			
管制藥品 管理人	管理人姓名			
	身分證統一編號			
	專門職業類別 (非右列人員免填)	☐ 醫師 ☐ 牙醫師 ☐ 獸醫師 ☐ 藥師 ☐ 藥劑生 ☐ 獸醫佐		
	專門職業證書 字號 (無者免填)	☐醫 ☐牙 ☐藥 ☐生 ☐台獸師 ☐台獸佐 字第 號		
檢附文件	☐ 設立許可文件正、反面影本。 ☐ 負責人之身分證明文件正、反面影本。 ☐ 管制藥品管理人專門職業證書及執業執照正、反面影本。 ☐ 規費新臺幣壹仟元(匯票或支票抬頭請開立「衛生福利部食品藥物管理署」)。 ☐ 申辦損毀換發，檢附原管制藥品登記證正本。 ☐ 申辦遺失補發，檢附管制藥品登記證遺失切結書。			