

管制藥品使用執照繳還申請書

持照人姓名			申請日期	年 月 日		
			原領使用執照號碼			
			使用執照核發日期	年 月 日		
出生年月日	民國 年 月 日	身分證統一編號				
專門職業類別 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 獸醫師 <input type="checkbox"/> 獸醫佐	專門職業證書字號	<input type="checkbox"/> 醫 <input type="checkbox"/> 牙 字第 號 <input type="checkbox"/> 台獸師 <input type="checkbox"/> 台獸佐			
執業場所名稱			執業科別			
繳還原因	<input type="checkbox"/> 不再從事第一級至第三級管制藥品處方開立。 <input type="checkbox"/> 繳還已報失之管制藥品使用執照。 <input type="checkbox"/> 專門職業證書或執業執照經撤銷、廢止、註銷者。 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明):					
通訊地址 (請填公文可寄達之地址)	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 縣(市) 鄉(鎮市區) 路(街) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 段 巷 弄 號 樓 </div>					
聯絡電話	()	傳真號碼	()			
電子郵件信箱	@					
檢附資料	<input type="checkbox"/> 管制藥品使用執照正本； <input type="checkbox"/> 原領管制藥品使用執照正本已遺失，檢附遺失切結書。 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明):			申請人簽章		