

醫事機構歇業後變更送達地址申請書

醫事機構代碼： _____ 醫事機構名稱： _____

因_____年_____月_____日歇業在案，申請變更健保相關資料送達地址。

變更後送達地址：

郵遞區號：_____

地址：_____

聯絡人姓名：_____

電話：_____ (市話)，_____ (手機)

醫事機構印鑑章(大章)	負責醫事人員印鑑章(小章)

中華民國 年 月 日