

正本

檔 號：
保存年限：

新北市政府衛生局 函

地址：220新北市板橋區英士路192-1號
承辦人：嚴珮純
電話：(02)22577155 分機1320
傳真：(02)22536548
電子信箱：AB9298@ms.ntpc.gov.tw



24158
新北市三重區重新路5段646號8樓

受文者：新北市藥師公會

發文日期：中華民國101年7月18日
發文字號：北衛食藥字第1012137040號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：申請書件格式6件

理 事 長	常 務 理 事	常 務 監 事
林雪蓉	嚴珮純	王榮

主旨：有關行政院衛生署101年7月10日公告修正「管制藥品證照申請書件格式」共6件，並自即日起實施，請轉知所屬會員知悉，請 查照。

說明：

- 一、依據行政院衛生署101年7月10日署授食字第1011800133號函辦理。
- 二、本次公告「管制藥品使用執照申請書」、「管制藥品使用執照變更登記申請書」、「管制藥品使用執照繳還申請書」、「管制藥品登記證申請書」、「管制藥品登記證變更登記申請書」、「管制藥品登記證繳還申請書」之格式修正如附件。
- 三、另行政院衛生署100年3月1日署授食字第1001800032號公告之管制藥品證照申請書件格式，自即日起停止適用。
- 四、檢附管制藥品證照申請書件格式共6件影本1份供參。

正本：新北市醫師公會、新北市牙醫師公會、新北市藥師公會、新北市藥劑生公會
、新北市西藥商業同業公會
副本：新北市各區衛生所

局長 林雪蓉

本案依分層負責規定授權業務主管決行

管制藥品使用執照變更登記申請書

持照人姓名			申請日期	年 月 日		
			原領使用執照號碼			
出生年月日	民國 年 月 日	身分證統一編號				
專門職業類別	<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			
			執業執照號碼			
變更項目 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 出生年月日 <input type="checkbox"/> 專門職業證書字號					
變更後項目內容						
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 縣(市) 鄉(鎮市區) 路(街) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 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；如遺失正本，請檢附遺失切結書。 <input type="checkbox"/> 專門職業證書(醫師證書、牙醫師證書、獸醫師證書、獸醫佐證書)正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 執業執照正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 其他：			申請人簽章		

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
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)	□□□□□ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 縣(市) 鄉(鎮市區) 路(街) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 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；如遺失正本，請檢附遺失切結書。 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明):			申請人簽章			

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)	<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 遺失補發 <input type="checkbox"/> 損壞換發																			
			醫事機構代號 (無者免填)	同健保特約機構代碼																			
經營業別 (請勾選乙項)	<input type="checkbox"/> 醫療機構 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 西藥販賣業 <input type="checkbox"/> 西藥製造業 <input type="checkbox"/> 獸醫診療機構 <input type="checkbox"/> 畜牧獸醫機構 <input type="checkbox"/> 動物用藥品販賣業 <input type="checkbox"/> 動物用藥品製造業 <input type="checkbox"/> 醫藥教育研究試驗機構																						
地址 (應與設立許可文件地址相同)	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 15%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> 縣(市) 鄉(鎮市區) 路(街) </div> <div style="width: 15%; text-align: center;"> 段 巷 弄 號 樓 </div> </div>																						
聯絡電話	()	傳真號碼	()																				
電子郵件信箱																							
負責人	負責人姓名			負責人 簽章																			
	身分證統一編號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					
管制藥品 管理人	管理人姓名			管理人 簽章																			
	身分證統一編號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					
	專門職業類別 (非右列人員免填)	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 獸醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 藥劑生 <input type="checkbox"/> 獸醫佐		機構業者印信戳記 請蓋機構業者印章																			
專門職業證書 字號 (無者免填)	<input type="checkbox"/> 醫 <input type="checkbox"/> 牙 <input type="checkbox"/> 台獸師 字第 號 <input type="checkbox"/> 台獸佐 <input type="checkbox"/> 藥 <input type="checkbox"/> 生																						
檢附文件	<input type="checkbox"/> 機構或業者設立許可文件正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 負責人之身分證明文件正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 管制藥品管理人專門職業證書及執業執照正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 規費新臺幣壹仟元或線上申辦繳費單收據影本。 <input type="checkbox"/> 如係損壞換發，應檢附原登記證正本。 <input type="checkbox"/> 如係遺失補發，請檢附遺失切結書。																						

管制藥品登記證變更登記申請書

機構或業者 名稱 (應與原領管制藥品登記證相同)	申請日期 年 月 日																																																																																																							
	原領管制藥品 登記證字號		管證字 第 號																																																																																																					
	醫事機構代號 (無者免填)		同健保特約機構代碼																																																																																																					
變更原因 (可複選)	<input type="checkbox"/> 變更名稱 <input type="checkbox"/> 變更地址 (同縣市遷址) <input type="checkbox"/> 變更負責人 (公立或法人機構) <input type="checkbox"/> 變更管制藥品管理人 <input type="checkbox"/> 其他 (請敘明):																																																																																																							
原登記 項目內容																																																																																																								
變更後 項目內容																																																																																																								
地址 (應與設立許可 文件地址相同)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">□</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">縣 (市)</td> <td colspan="10" style="text-align: center;">鄉 (鎮市區)</td> <td colspan="10" style="text-align: center;">路 (街)</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">段</td> <td colspan="10" style="text-align: center;">巷</td> <td colspan="10" style="text-align: center;">弄</td> <td colspan="10" style="text-align: center;">號</td> <td colspan="10" style="text-align: center;">樓</td> </tr> </table>				□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	縣 (市)										鄉 (鎮市區)										路 (街)										段										巷										弄										號										樓									
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																																																																																					
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 (變更者請填新任人 , 否則請填原任人)	負責人姓名				負責人 簽章																																																																																																			
	身分證統一編號																																																																																																							
管制藥品 管理人 (變更者請填新任人 , 否則請填原任人)	管理人姓名				管理人 簽章																																																																																																			
	身分證統一編號																																																																																																							
	專門職業類別 (非右列人員免填)		<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 獸醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 藥劑生 <input type="checkbox"/> 獸醫佐		機構業者印信戳記																																																																																																			
	專門職業證書 字號 (無者免填)		<input type="checkbox"/> 醫 <input type="checkbox"/> 牙 <input type="checkbox"/> 台獸師 字第 號 <input type="checkbox"/> 台獸佐 <input type="checkbox"/> 藥 <input type="checkbox"/> 生		請蓋機構業者印章(變更名稱請蓋變更後印章)																																																																																																			
檢附文件	<input type="checkbox"/> 管制藥品登記正本；如遺失正本，請檢附遺失切結書。 <input type="checkbox"/> 機構或業者設立許可文件正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 負責人之身分證明文件正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 管制藥品管理人專門職業證書及執業執照正、反面影本。 <input type="checkbox"/> 變更負責人或管制藥品管理人者，須檢附管制藥品收支結存申報表；或已於 年 月 日以電子媒體申報。																																																																																																							

管制藥品登記證繳還申請書

機構或業者 名稱		申請日期	年 月 日	
		原領管制藥品 登記證字號	管證字 第	號
繳還原因	<input type="checkbox"/> 歇業。 <input type="checkbox"/> 不再從事管制藥品業務，且已無庫存管制藥品。 <input type="checkbox"/> 機構或業者設立許可文件撤銷或廢止。 <input type="checkbox"/> 其他（請敘明）：			
聯絡地址 (請填公文可 寄達之地址)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 縣(市) 鄉(鎮市區) 路(街) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 段 巷 弄 號 樓 </div>			
聯絡電話 (請填具可聯絡 之電話號碼)	()	傳真號碼	()	
電子郵件信箱				
機構業者 負責人	負責人姓名			負責人 簽章
	身分證統一編號	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
管制藥品 管理人	管理人姓名			管理人 簽章
	身分證統一編號	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	專門職業類別 (非右列人員免填)	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 獸醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 藥劑生 <input type="checkbox"/> 獸醫佐		機構業者印信戳記
	專門職業證書 字號 (無者免填)	<input type="checkbox"/> 醫 <input type="checkbox"/> 牙 <input type="checkbox"/> 台獸師 字第 號 <input type="checkbox"/> 台獸佐 <input type="checkbox"/> 藥 <input type="checkbox"/> 生		
檢附文件	<input type="checkbox"/> 管制藥品登記證正本；如遺失正本，請檢附遺失切結書。 <input type="checkbox"/> 管制藥品收支結存申報表； 或已於 年 月 日以電子媒體申報。 <input type="checkbox"/> 管制藥品銷燬證明。 <input type="checkbox"/> 管制藥品轉讓證明。 <input type="checkbox"/> 其他（請敘明）：			