宜蘭縣醫事人員復業申請書

本人　　因　　，自　年　月　日起申請復業。

此致　宜蘭縣政府衛生局

申請人姓名：　　（簽章）

身分證字號：

地　　址：

代理人姓名：

代理人身分證字號：

※備註：醫事人員申請復業，應於**復業日前**至本局完成復業手續，始得執業，以符合相關規定。

申請人應檢附文件：

1.醫事人員證書正本

2.執業執照正本