

312

正本

檔 號：  
保存年限：

### 新北市政府衛生局 函

地址：22006新北市板橋區英士路192-1號

承辦人：林淑芬

電話：(02)22577155 分機1309

傳真：(02)22536548

電子信箱：AJ2933@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

理		
總	經	手
		王 璽 君
		9/14

發文日期：中華民國102年5月9日

發文字號：北衛食藥字第1021778523號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：新北市政府衛生局102年度販賣(製造)業藥商暨藥局普查現況訪查/調查表 14份

主旨：有關本市102年度藥商普查，請貴公會協助轉知所屬會員，完成填寫藥商普查表，詳如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據藥事法第73條及藥師法施行細則第8條規定辦理。
- 二、除本市藥局及部分中藥販賣業外，本局將於近日郵寄102年度「新北市政府衛生局102年度販賣(製造)業藥商暨藥局普查現況訪查調查表」至轄內藥商，請業者於102年5月24日前以檢附之回郵信封(免貼郵票)寄回本局，或以傳真(傳真號碼：2253-6548；註明：林小姐收)回復，倘未於時限內回復者，本局將派員進行實地訪查。
- 三、惠請貴公會協助專知所屬，如有普查相關問題，請電洽本案承辦人(電話：22577155分機1309林小姐)。
- 四、檢附本局102年度販賣(製造)業藥商暨藥局普查現況訪查/調查表範本供參。

正本：新北市藥師公會、新北市藥劑生公會、新北市中藥商業同業公會、新北市醫療器材商業同業公會

副本：

# 局長 林雪蓉

本案依分層負責規定授權衛生局局長決行

裝

訂



線

蔡雪林 局

新北市政府衛生局 102 年度販賣（製造）業藥商暨藥局普查現況 訪查 / 調查 表

一、基本資料

普查訪查/調查日期 年 月 日

藥商(局)名稱				負責人	
機構代碼				聯絡電話	
開業地址					
權屬別	<input type="checkbox"/> 製造	<input type="checkbox"/> 販賣	<input type="checkbox"/> 列冊中藥商	<input type="checkbox"/> 藥局	
營業項目	<input type="checkbox"/> 醫療器材	<input type="checkbox"/> 西藥	<input type="checkbox"/> 中藥		
管理人身分別	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 藥劑生 <input type="checkbox"/> 列冊中藥商 <input type="checkbox"/> 符合藥事法 104 條規定-藥師管理 <input type="checkbox"/> 符合藥事法 104 條規定-藥劑生管理 <input type="checkbox"/> 確具中藥基本知識及鑑別能力人員管理 <input type="checkbox"/> 無(醫療器材業者) <input type="checkbox"/> 中醫師				

※填寫須知（請填寫下列 1-7 項訪查內容，若與上述資料相同，請勾是，若與上述資料不符，請於該選項勾否，並於說明欄內填寫最新藥商資料。例如：負責人已變更，請寫最新負責人姓名）  
 若有任何填寫問題，請電洽承辦人員林小姐 2257-7155 分機 1309，填寫完成後請於 2 週內回寄新北市政府衛生局(地址：新北市板橋區英士路 192-1 號或傳真至 22536548)謝謝您的協助。填寫時，請參考後面範例

二、訪查/調查項目

訪查/調查項目 (訪查/調查結果：請在欄位打✓，勾否，請敘明原因)	是	否	說明	備註
1. 有無營業情形？				
2. 藥商許可執照或藥局執照是否依規定懸掛於營業處所之明顯位置？				
3. 藥商許可執照或藥局執照登記項目是否與實際營業項目相符？				
4. 藥商(局)名稱				
5. 藥商(局)負責人姓名				
6. 藥商(局)營業地址				
7. 藥商(局)營業項目				
受普查機構申訴事項：	藥事機構負責簽章及蓋藥事機構章或發票章			

填表人簽章：

新北市政府衛生局 102 年度販賣（製造）業藥商暨藥局普查現況 訪查 / 調查 表

一、基本資料

普查訪查/調查日期 年 月 日

藥商(局) 名稱	○○○股份有限公司		
機構代碼	62300000	負責人	林○○
開業地址	新北市板橋區英士路○○○號	聯絡電話	2200-2200
權屬別	<input checked="" type="checkbox"/> 製造	<input type="checkbox"/> 販賣	<input type="checkbox"/> 列冊中藥商 <input type="checkbox"/> 藥局
營業項目	<input checked="" type="checkbox"/> 醫療器材	<input type="checkbox"/> 西藥	<input type="checkbox"/> 中藥
管理人身分別	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 藥劑生 <input type="checkbox"/> 列冊中藥商 <input type="checkbox"/> 符合藥事法 104 條規定-藥師管理 <input type="checkbox"/> 符合藥事法 104 條規定-藥劑生管理 <input type="checkbox"/> 確具中藥基本知識及鑑別能力人員管理 <input checked="" type="checkbox"/> 無(醫療器材業者) <input type="checkbox"/> 中醫師		

二、訪查/調查項目

訪查/調查項目 (訪查/調查結果：請在欄位打✓，勾否，請敘明原因)	是	否	說明	備註
1. 有無營業情形？	✓			
2. 藥商許可執照或藥局執照是否依規定懸掛於營業處所之明顯位置？	✓			
3. 藥商許可執照或藥局執照登記項目是否與實際營業項目相符？	✓			
4. 藥(商)局名稱	✓			
5. 藥(商)局負責人姓名		✓	陳○○	已於 101 年 12 月 2 日變更負責人
6. 藥商(局)營業地址	✓			
7. 藥商(局)營業項目	✓			
受普查機構申訴事項：  註：若不敷使用，請填寫於背面，並請加蓋大、小章	藥事機構負責人 或代表人簽章 及蓋藥事機構章		陳○○  ○○○股 份公司	<input type="checkbox"/>

填表人簽章：