**基本資料**

**Basic Information**

* 填寫完畢請以WORD檔寄至本會信箱admin@iat.org.tw。有任何問題請與我們聯繫：03-857 6489

After filling, please send it to the e-mail: admin@iat.org.tw. Please contact us if you have any questions. 03-857 6489

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 醫院註冊名稱  Registry Name | 在政府註冊 之中文名稱  在政府註冊之英文名稱 | | |
| 醫院名稱  Hospital Name | 醫院對外中文全名  醫院對外英文全名 | | |
| 營業執照字號  Business License Number | 在政府登記 之營業字號 | | |
| 統一編號  VAT No. |  | 官方網站  Official Website |  |
| 醫院地址  Hospital Add. | 中文地址  英文地址 | | |
| 醫院院長  Hospital Superintendent |  | 醫院代表人  Hospital Representative |  |
| 申請單位名稱  App. Department Name |  | 申請單位電話  App. Department Tel. |  |
| 本案負責人  Case Manager |  | 本案負責人職稱  CM’s Title. |  |
| 本案負責人電話  CM’s Tel. |  | 本案負責人電郵  CM’s e-mail |  |
| 本案聯絡人  Contact Person |  | 本案聯絡人職稱  Contact Person’s Title |  |
| 聯絡人電話  Contact Person’s Tel. |  | 聯絡人電郵  Contact Person’s e-mail |  |
| * 繳交文件資料影本   Copies of documents submitted  營業執照 負責人證書  Business License Conductor License | | | |