**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 |