**醫療社團法人變更登記流程說明（範例二）**

* **醫療社團法人之資本額如有變更（包括增加或減少設立機構），應於發生之日起三十日內，檢附下列文件，報請衛生福利部辦理變更登記（正本兩份、影本一份）：**

1. 醫療社團法人申請表
2. 醫療社團法人變更登記表
3. 附件：
4. 社員總會會議（通知、簽到、紀錄－註明決議事項）
5. 董事會議（通知、簽到、紀錄－註明決議事項）
6. 組織章程。
   1. 新的組織章程(加蓋醫療社團法人印信)
   2. 舊的組織章程(加蓋醫療社團法人印信)
   3. 新舊對照表（參照下表）
7. 資本額變更計畫書（請說明用途）。
8. 必要財產條件之文件。
   1. 會計師查核報告
   2. 土地建物移轉同意書。(加蓋醫療社團法人印信)
   3. 土地或建物謄本（其中一份為正本）。
9. 社員名冊及出資額與持分比例（須檢附全部社員之持分表單）。(加蓋醫療社團法人印信)
10. 社員持分比例變更對照表(加蓋醫療社團法人印信)

○○醫療社團法人組織章程修正草案條文對照表(加蓋醫療社團法人印信)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 修正條文 | 現行條文 | 修正說明 |
| 第一條 |  |  |
| 第二條 |  |  |

* **衛生福利部文件審查後，發函同意變更。**

○○醫療社團法人

**申請表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請事項** | | | **變更登記** | | |
| **申請事項說明** | | | **（申請變更資本額、設立機構）** | | |
| **申請人** | **法人登記證書字號** | |  | (加蓋法人、代表人印章) | |
| **法人名稱** | |  |
| **代表人** | |  |
| **法人所在地** | |  |
| **代理人**  **(未委託代理人申請者，免填)** | | **姓名** |  | (加蓋代理人印鑑) | |
| **地址** |  |
| **委託事項** | （委託該代理人辦理本次法人登記及文件收受事宜） |
| **聯絡人** | | **姓名** |  | 電話 |  |
| **E-Mail** |  | 傳真 |  |
| **申請日期** | | |  | | |
| **備註** | | | 檢附文件說明： | | |

**○○醫療社團法人變更登記表**

醫療社團法人印章（法人印鑑） 法人代表人印鑑

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| **OOO醫療社團法人變更登記表** | | | | |
| 法人聯絡電話 | | |  | |
|  | | |  | |
| ＊變更登記日期及文號 | | | 年 月 日  衛部醫字第 號 | |
| 登記證書字號 | | |  | |
| **印章請用油性印尼蓋章，並勿超出框格。** | | | | | | | | | | | | | | | | | （＊請勿填寫） | | | |
| 變更事項 | **一、基本資料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 法人名稱 | | | | | | | | | | **○○醫療社團法人** | | | | | | | | | |
|  | 設立目的 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | 許可日期及文號 | | | | | | | | | | **中華民國○○年○○月○○日衛部(署)醫字○○號** | | | | | | | | | |
|  | 資本額 | | | | | | | | | | **新台幣○○○元** | | | | | | | | | |
|  | 法人代表人 | | | | | | | | | | **○○○** | | | | | | | | | |
| 變更事項 | **二、主事務所及分事務所** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 主事務所 | | | | | | 電話 | | | | **( )** | | | | | | | | | |
| 地址 | | | | **□□□□□** | | | | | | | | | |
|  | 01 | | | 分事務所 | | | 電話 | | | | | **( )** | | | | | | | | |
| 地址 | | | | | **□□□□□** | | | | | | | | |
|  | 02 | | | 分事務所 | | | 電話 | | | | | **( )** | | | | | | | | |
| 地址 | | | | | **□□□□□** | | | | | | | | |
| 變更事項 | **三、董事長、董事、監察人資料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 董事人數及任期 | | | | | | | | | | **○○人 自主管機關核准完成登記之日起，共○年。** | | | | | | | | | |
|  | 監察人數及任期 | | | | | | | | | | **○○人 自主管機關核准完成登記之日起，共○年。** | | | | | | | | | |
|  | **編號** | | | **董事、監察人** | | | | **姓名** | | | | | | **醫事人員身分** | | **住所** | | | | |
|  |  | | | **董事長** | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |
|  |  | | | **董事** | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |
|  |  | | | **董事** | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |
|  |  | | | **監察人** | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |
| 變更事項 | **四、設立機構資料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **編號** | | **名稱** | | | | | | **規模** | | | | | | **所在地（地址）** | | | | | |
|  | **1** | | ○○醫療社團法人○○醫院 | | | | | | ○○床 | | | | | |  | | | | | |
|  | **2** | | ○○醫療社團法人○○診所 | | | | | | ○○床 | | | | | |  | | | | | |
|  | **3** | | ○○醫療社團法人附設○○護理機構 | | | | | | ○○床 | | | | | |  | | | | | |
| 變更事項 | **五、財產種類** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 土地 | | | | | （座落地號：請註明詳細地號，並請加註縣市） | | | | | | | | | | | | **元** | | |
|  | 建物 | | | | | （建號：1. 請註明詳細地號，並請加註縣市  2.請註明建物之地址） | | | | | | | | | | | | **元** | | |
|  | 醫療設備 | | | | | 應登記項目如備註6 | | | | | | | | | | | | **元** | | |
|  | 其他 | | | | | 應登記項目如備註6 | | | | | | | | | | | | **元** | | |
| 變更事項 | **六、各社員出資額** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 編號 | **社員姓名** | | | **出生年月日** | | | | | | | | **身分證統一編號** | | | | **出資額（元）** | | | **持分比例**  **（持分單號數）** |
|  | 1 |  | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | 2 |  | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | 3 |  | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | 4 |  | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | 5 |  | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |  |

備註：

* 1. 財產種類欄，請就申請許可所附資產負債表呈列之金額填列。（例：土地座落地號00-020鑑價金額：新台幣：1千萬元，金額即填新台幣10,000,000元）
  2. 欄位不足時，請自行複製。
  3. 申請表一式三份（正本兩份、影本一份），於核辦後一份存核辦單位，一份送還申請法人收執。
  4. 為利於電腦作業，請以打字或電腦列印清楚，數字部分請採用阿拉伯數字，並請勿摺疊、挖補、浮貼或塗改。
  5. 為配合郵政作業，請於所在地加填郵遞區號。
  6. 醫療設備應登記項目: 1.電腦斷層掃描儀2.磁振造影機3.電腦斷層掃描模擬定位儀4.高能遠距放射治療設備5.近接式放射治療設備6.核子醫學設備（閃爍攝影機、單光子斷層掃瞄儀、器官攝取測定儀）7.正子斷層掃描設備8.醫用迴旋加速器9.體外震波儀10.高壓氧設備11.X-光機等11項。

其他應登記項目：運輸設備(車輛種類及其車牌號碼)。

* 1. 如有變更，請於變更事項打ˇ。

**社員名冊及出資額與持分比例表單**

(加蓋醫療社團法人印信)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **變更事項** | **NO.** | **姓名** | **出生年月日** | **身分證統一編號** | **出資額（元）** | | **持分比例**  **（持分單號數）** | | **繳納出資額之年、月、日** |
|  | 01 |  |  |  |  | |  | |  |
| 聯絡電話 |  | | 簽名或蓋章 | |  | |
| 戶籍地址 |  | | | | | |
| 通訊地址 |  | | | | | |
|  | 02 |  |  |  |  | |  | |  |
| 聯絡電話 |  | | 簽名或蓋章 | |  | |
| 戶籍地址 |  | | | | | |
| 通訊地址 |  | | | | | |
|  | 03 |  |  |  |  | |  | |  |
| 聯絡電話 |  | | 簽名或蓋章 | |  | |
| 戶籍地址 |  | | | | | |
| 通訊地址 |  | | | | | |

1.欄位不足時，請自行複製。

2.申請表一式三份（正本兩份、影本一份），於核辦後一份存核辦單位，一份送還申請法人收執。

3.為利於電腦作業，請以打字或電腦列印清楚，數字部分請採用阿拉伯數字，並請勿摺疊、挖補、浮貼或塗改。

4.如有變更，請於變更事項打ˇ。