

申請個人健康機構牌照

甲部：申請要求			
<p>本申請須隨附以下原始文件：</p> <input type="checkbox"/> 申請人是加拿大公民或落地移民，或持有有效工作許可證之證明 <input type="checkbox"/> 申請人年滿十八 (18) 歲之證明 <input type="checkbox"/> 警方 30 日內發出之申請人無犯罪記錄證明 <input type="checkbox"/> 一般責任保險證明 <input type="checkbox"/> 已簽署之物業擁有人聲明 (表格 2) <input type="checkbox"/> 樓宇平面圖副本。(明確標示每間擬作個人健康機構之房間及公司主要入口) <input type="checkbox"/> 所有個人健康護理人員名單 (表格 3) 及其培訓證明 <input type="checkbox"/> 費用			
乙部：公司資訊			
公司名稱：			
街道地址：			單位編號
郵遞區號：	電子郵件：		
電話： ()	網頁 (如適用)：		
丙部：業主資料			
名字：		姓氏：	
街道地址：		單位編號	地段/地塊：
市：	郵遞區號	省份：	電子郵件：
電話： ()	手提電話 ()		
丁部：聲明			
<p>本人 _____ 證明：</p> <p>(印刷體姓名)</p> <p>簽署此申請，即表示業主/申請人同意所提供之全部資料均屬真實。業主/申請人進一步同意，任何虛假資料可引致撤銷任何可能發出的牌照。</p> <p>_____</p> <p>日期</p> <p style="text-align: right;">申請人簽署</p> <p>本申請可包含《市政資訊自由和私隱保護法令》(Municipal Freedom of Information and Protection of Privacy Act) 規定之個人資料。根據《市政法令》(Municipal Act) 規定，所收集之資料乃屬必需內容，並將被紐馬基特鎮用於處理申請事宜，並確定是否發出牌照。資料亦將用於管理此類牌照，並用於執法目的，以保證符合所有適用的法規、條例和附例。</p>			
戊部：申請人同意書			
<p>本人在此授權紐馬基特鎮代表本人行事，根據《獲取資料法令》(Access to Information Act) 或《私隱法令》(Privacy Act) 向約克地區警署提供資料，其中包括與本人或本人公司有關的個人資料。</p> <p>此授權自以下簽署之日起生效，有效期為一年。</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">印刷體姓名</p> <p>_____</p> <p>日期</p> <p style="text-align: right;">申請人簽署</p>			
此欄僅供本處填寫			
日期：		核准人：	
業主牌照：\$		帳戶編號：	

紐馬基特鎮
物業擁有人法定聲明

申請個人健康機構商業牌照事宜

本人，

聲明人姓名

現時居於_____

(市、鎮或村)

(聲明人居住的市、鎮或村的名稱)

(縣或地區)

(聲明人居住縣的名稱)

鄭重聲明：

1. 本人是位於_____ (物業地址)
的物業的_____ (物業擁有人/出租人)。
2. 本人理解_____ (公司全名) 於上述地址經營，本人
已獲告知該公司的性質。

本人衷誠作出此項鄭重聲明，並確信其為真確無訛，並知曉此項聲明與宣誓具有同等效力。

聲明人簽署

此項聲明是於20____年____月____日

在_____省，_____，

_____在本人面前作出。

聲明必須由接受宣誓書之專員或公證人簽署和蓋章。

此欄僅供本處填

審核人：

日期

個人健康機構護理人員名單

全名：_____電話號碼：_____

地址：_____

所提供之服務：_____

已完成之培訓：_____

*請附上培訓證明

全名：_____電話號碼：_____

地址：_____

所提供之服務：_____

已完成之培訓：_____

*請附上培訓證明

全名：_____電話號碼：_____

地址：_____

所提供之服務：_____

已完成之培訓：_____

*請附上培訓證明

全名：_____電話號碼：_____

地址：_____

所提供之服務：_____

已完成之培訓：_____

*請附上培訓證明

全名：_____電話號碼：_____

地址：_____

所提供之服務：_____

已完成之培訓：_____

*請附上培訓證明