



首次發出申請

重新發出申請

一. 醫療人員類別			
<input type="checkbox"/> 醫生	<input type="checkbox"/> 牙科醫生	<input type="checkbox"/> 中醫生	<input type="checkbox"/> 護士
<input type="checkbox"/> 醫務化驗師	<input type="checkbox"/> 放射師	<input type="checkbox"/> 脊醫	<input type="checkbox"/> 物理治療師
<input type="checkbox"/> 職業治療師	<input type="checkbox"/> 語言治療師	<input type="checkbox"/> 心理治療師	<input type="checkbox"/> 營養師

二. 執照申請用途及執業場所資料	
<input type="checkbox"/> 以私人制度方式提供醫療服務	執業場所名稱
<input type="checkbox"/> 於澳門公共實體提供醫療服務	執業場所名稱
	職稱
	職務描述

三. 個人資料			
中文姓名		葡文姓名	
國籍	<input type="checkbox"/> 中國籍 <input type="checkbox"/> 葡國籍 <input type="checkbox"/> 其他(請註明) _____	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份證明文件	<input type="checkbox"/> 澳門永久性居民身份證 <input type="checkbox"/> 澳門非永久性居民身份證	編號 _____	出生日期 _____年____月____日
澳門通訊電話		通訊電郵	
澳門通訊地址(中文 / 葡文)			

四. 提交的文件(申請於澳門公共實體提供醫療服務的醫療人員, 免除提交第3及第4項的文件)		
<input type="checkbox"/> 1. 填妥的醫療人員完全執照申請表	<input type="checkbox"/> 2. 澳門特別行政區居民身份證副本	
<input type="checkbox"/> 3. 身體健康及精神健全證明	<input type="checkbox"/> 4. 刑事紀錄證明書	
<input type="checkbox"/> 5. 其他(請指出) _____		
	首次發出申請	重新發出申請
<input type="checkbox"/> 6. 執業場所的設施設備資料 或 工作單位發出的聘書或工作證明	<input type="checkbox"/> 自行提交 或 <input type="checkbox"/> 同意衛生局向相關部門核實及提取任職資料(僅限申請於澳門公共實體提供醫療服務的醫療人員)	<input type="checkbox"/> 自行提交 或 <input type="checkbox"/> 同意衛生局向相關部門核實及提取任職資料(僅限申請於澳門公共實體提供醫療服務的醫療人員)
<input type="checkbox"/> 7. 醫療專業委員會發出的資格認可證書或有關經認證副本	<input type="checkbox"/> 自行提交 或 <input type="checkbox"/> 不提交, 同意衛生局向相關部門提取資料	<input type="checkbox"/> 自行提交 或 <input type="checkbox"/> 不提交, 並聲明相關文件已存於衛生局卷宗內, 且有關內容沒有變更
<input type="checkbox"/> 8. 澳門醫學專科學院發出的院士資格相關證明或有關經認證副本(倘有, 請指出相關類別) _____	<input type="checkbox"/> 自行提交 或 <input type="checkbox"/> 不提交, 同意衛生局向相關部門提取資料	<input type="checkbox"/> 自行提交 或 不提交, 同意衛生局向相關部門提取資料 或 <input type="checkbox"/> 不提交, 並聲明相關文件已存於衛生局卷宗內, 且有關內容沒有變更
<input type="checkbox"/> 9. 參加持續專業發展活動的證明	<input type="checkbox"/> 自行提交 或 <input type="checkbox"/> 不提交, 並聲明已向衛生局申報相關資料	

五. 無抵觸聲明(僅適用於申請以私人制度方式提供醫療服務的醫療人員填寫)

本人按照第 18/2020 號法律《醫療人員專業資格及執業註冊制度》第二十二條及二十三條第一款(三)項，聲明如下：

1. 沒有從事或兼任會削弱_____職業的獨立性及尊嚴的任何其他活動或職務。
2. 沒有從事藥劑專業及藥物業活動(僅適用於醫生及牙科醫生)。
3. 沒有從事與_____職業相抵觸的業務。

此外，本人就是否與公共實體有聯繫事宜，聲明如下：

1. 現時與澳門公共實體有聯繫^{註1}(請指出所屬部門_____)。
2. 曾與澳門公共實體有聯繫，但已離職^{註2}。
3. 未曾與澳門公共實體有聯繫。

六. 收集個人資料聲明

根據第 8/2005 號法律《個人資料保護法》的規定：

1. 在本表格內所提供的個人及其他有關資料，以及本申請所需遞交的文件，只供處理本申請的用途。
2. 上述資料有可能使用於統計及研究方面，但所得的統計數字及研究成果不會以能識別個人身份資料的形式公佈。
3. 基於履行法定義務，上述資料可能轉交予警察當局、司法機關或其他有權限實體。
4. 申請人有權依法申請查閱、更正或更新存於本局醫務活動牌照科的個人資料。

七. 聲明

1. 本人同意衛生局向相關部門提取及核實與審批本申請所需的資料及文件，以及向倘有的相關部門提供審核結果。
2. 本人在申請表內所提供的資料及附同文件全部屬實，並聲明已經閱讀及明白上述《收集個人資料聲明》。

日期	申請人簽署(須與身份證明文件上之簽名式樣相符)
_____年_____月_____日	_____

備註：

1. 現職的公共行政工作人員：為確保提交申請時符合現行第 87/89/M 號法令核准的《澳門公共行政工作人員通則》第二節(兼任及不得兼任)第十七條(專職性)的相關規定，申請人須遞交獲許以自由職業制度從事私人業務的批示許可。
2. 已離職的公共行政工作人員：為確保提交申請時符合第 18/2020 號法律《醫療人員專業資格及執業註冊制度》第二十二條及二十三條所要求的要件，為此，申請人須遞交離職證明。
3. 請以正楷字體填寫。倘申請人沒提供正確完備資料，申請將不獲辦理。