



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
衛生局
Serviços de Saúde

有限度執照申請表—第 I 部份 (由申請實體填寫)

一. 申請實體資料						
中文名稱						
外文名稱						
類別		<input type="checkbox"/> 衛生局 <input type="checkbox"/> 衛生局註冊的私人衛生單位 <input type="checkbox"/> 教育機構 <input type="checkbox"/> 社會服務機構 <input type="checkbox"/> 其他(請註明: _____)				
註冊編號(倘適用)						
法定 代表人 資料 ^{註1}	姓名		中文		外文	
	身份證 明文件	類別	<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 <input type="checkbox"/> 其他(請註明: _____)			
		編號				
聯絡人姓名						
澳門通訊電話			通訊電郵			
澳門通訊地址						
二. 申請資料 ^{註2}						
申請類別	A.進行專科醫學培訓 B.進行高技術性研究工作 C.澳門沒有或缺乏具特別資歷的醫療人員 D.引進新的醫療技術 E.提供緊急救援 F.其他(請註明: _____)					
擬聘請醫療人員的資料						
姓名						
申請類別(可多選)						
專業類別						
執業地點	<input type="checkbox"/> 與實體通訊地址相符 <input type="checkbox"/> 其他(請在下方欄註明)	<input type="checkbox"/> 與實體通訊地址相符 <input type="checkbox"/> 其他(請在下方欄註明)	<input type="checkbox"/> 與實體通訊地址相符 <input type="checkbox"/> 其他(請在下方欄註明)	<input type="checkbox"/> 與實體通訊地址相符 <input type="checkbox"/> 其他(請在下方欄註明)		
從事的 職務內容						
理由陳述						

三. 提交的文件

- ☐ 1. 填妥的有限度執照申請表—第 I 部份
- ☐ 2. 填妥的有限度執照申請表—第 II 部份共_____份及相關附件
- ☐ 3. 證明實體與醫療人員擬建立關係的性質的聲明共_____份
- ☐ 4. 填妥的有限度執照申請表—第 I 部份補充頁共_____份 (倘適用)
- ☐ 5. 申請實體法定代表人的身份證明文件副本^{註1} (倘適用)
- ☐ 6. 申請實體有效的行政准照副本^{註1} (倘適用)
- ☐ 7. 申請實體於《澳門特別行政區公報》公佈的法人章程^{註1} (倘適用)
- ☐ 8. 其他(請指出)_____

四. 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。

五. 聲明

- ☐ 1. 本人知悉倘有限度執照的持有人執業情況作出變更，申請實體應自有關情況變更之日起三十日內書面通知衛生局，並附上相關證明文件。
- ☐ 2. 本人知悉有限度執照持有人實際從事的職務須與獲批准的相符。
- ☐ 3. 本人知悉醫療人員申領有限度執照的規定不影響適用於外地僱員的法律規定的適用。
- ☐ 4. 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	法定代表人簽署(須與身份證明文件上之簽名式樣相符)及法人蓋章
_____年_____月_____日	_____

備註：

1. 倘申請實體屬衛生局或衛生局註冊的私人衛生單位，則無須填寫法定代表人資料及提交有關文件。
2. 倘本表格第二部份填寫位置不足時，可透過補充頁方式提交。
3. 本表格須與有限度執照申請表—第 II 部份一併提交。
4. 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。