



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	聘用實體名稱	
	執業場所名稱	
<input type="checkbox"/> 於澳門公共實體 提供醫療服務	聘用實體名稱	
	職稱及職務描述	
	執業場所名稱	

三. 個人資料					
中文姓名			外文姓名		
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	通訊語言 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 葡文 <input type="checkbox"/> 英文
身份證明文件	類別 _____ 編號 _____	出生地		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		
為著申請有限度執照的目的，本人同意透過上述聘用實體向衛生局提交下述文件：		
<input type="checkbox"/> 1. 填妥的有限度執照申請表—第 II 部份	<input type="checkbox"/> 2. 身份證明文件副本	
<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. 良好專業操守證明書	<input type="checkbox"/> 6. 經簽署的個人履歷及相關的工作經驗證明副本	
	<b>首次發出</b>	<b>重新發出</b>
<input type="checkbox"/> 7. 澳門地區以外地方的主管實體發出的執業登記證明書或有關經認證副本	<input type="checkbox"/> 自行提交	<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. 學歷或專業資格的證明書或有關經認證副本		<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"/> 9. 專科資格的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，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"/> 10. 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》第二十二及二十六條第二款(四)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。

### 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，以及向尚有的相關部門提供審核結果。
- 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	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. 本表格須與有限度執照申請表—第 I 部份—併提交。
- 2. 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。