

## 醫療人員註銷實習執照申請表

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

一. 個人資料				
中文姓	<b>注</b> 名		葡文姓名	
實習執	照類別		實習執照編號	
澳門通	訊電話		通訊電郵	
澳門通訊地址 (中文/葡文)				
(中义)	/ 匍又)			
二. 申請事項				
□ 註銷實習執照			□ 註銷實習執照(屬持牌人已故)	
三. 提交的文件				
□ 1.	填妥的醫療人員註銷實習執照申請表			
□ 2.	醫療專業	業委員會發出註銷資格認可臨時登記的相關證明或證明文件經認證的副本		
□ 3.	澳門特別	與門特別行政區居民身份證副本		
□ <b>4</b> .	實習執照正本			
	□ 如執照遺失·須連同由權限當局發出之執照遺失聲明書副本一併遞交			
	□ 如持牌人已故·須連同死亡證明書副本一併遞交			
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				
2. 工业具体另可能使用水机可及明先为面,但所得的机可数于及明先成果个自以能越为他人多历具体的形式互 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				
<del> </del>				
日期 申請人簽署(須與身份證明文件上之簽名式樣相符)				
中的八数有(次 <del>次</del> 为 // 应约入厅工之数有为1家1019)			十明八双自(次兴才以应明人什工之双口均够怕时)	
İ				
	年	月日		

**備註:**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。

表格 UTLAP-Mod. 25 共1頁