



一. 實習員類別

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <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. 實習場所資料

實習場所名稱	
實習場所執照編號(倘有)	
實習場所地點	

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	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	<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

- 1. 填妥的實習執照申請表
- 2. 醫療專業委員會發出臨時登記的證明書或證明文件經認證的副本
- 3. 擬進行實習的獲認可場所發出的接納聲明
- 4. 身體健康及精神健全證明
- 5. 刑事紀錄證明書
- 6. 澳門特別行政區居民身份證副本
- 7. 其他(請指出) _____

五. 無抵觸聲明

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》第二十二條及二十五條第二款(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 _____ 申請執照所定實習相抵觸的業務。

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. 本人知悉在實習期間未經醫療專業委員會許可，不得同時從事任何公共或私人業務。
3. 本人知悉實習執照的有效期至實習完成之日止。
4. 本人知悉倘更改實習場所時，必須先經醫療專業委員會批准，並向衛生局作出申報後方可於另一場所進行實習。
5. 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. 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。