

僅供參考

接納聲明
(適用於醫療人員實習執照的申請)

茲聲明_____先生 / 小姐 (澳門居民身份
證編號_____) 獲發實習執照後，將在本單位 / 機構進
行_____專業類別的實習，實習地點為_____

_____。
擬開始實習的日期為_____。

單位 / 機構名稱

(蓋章及簽名)

日期