



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

醫療人員註銷有限度執照申請表

一. 個人資料

中文姓名		外文姓名	
執照類別		執照編號	
通訊電話		通訊電郵	
通訊地址 (中文 / 葡文)			

二. 申請事項

<input type="checkbox"/> 註銷有限度執照	<input type="checkbox"/> 註銷有限度執照 (屬持牌人已故)
----------------------------------	---

三. 提交的文件

<input type="checkbox"/> 1.	填妥的醫療人員註銷有限度執照申請表
<input type="checkbox"/> 2.	聘用實體發出的離職證明或證明文件經認證的副本
<input type="checkbox"/> 3.	有限度執照正本
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 如持牌人已故，須連同死亡證明書副本一併遞交
<input type="checkbox"/> 4.	由法人醫療服務提供者負責管理及保存病歷之聲明書 (如有)

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

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：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。