

一. 申請實體資料						
中文名稱						
外文名稱						
類別		<input type="checkbox"/> 藥物監督管理局 <input type="checkbox"/> 衛生局 <input type="checkbox"/> 衛生局註冊的私人衛生單位 <input type="checkbox"/> 教育機構 <input type="checkbox"/> 社會服務機構 <input type="checkbox"/> 其他(請註明: _____)				
註冊編號(倘適用)						
法定 代表人 資料 <sup>註1</sup>	姓名		中文		外文	
	身份證 明文件	類別	<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 <input type="checkbox"/> 其他(請註明: _____)			
		編號				
聯絡人姓名						
澳門通訊電話			通訊電郵			
澳門通訊地址						

二. 申請資料 <sup>註2</sup>			
申請類別	A.進行專科醫學培訓   B.進行高技術性研究工作   C.澳門沒有或缺乏具特別資歷的醫療人員 D.引進新的醫療技術   E.提供緊急救援   F.其他(請註明: _____)		
擬聘請藥劑專業人員的資料			
姓名			
申請類別(可多選)			
專業類別			
執業地點	<input type="checkbox"/> 與實體通訊地址相符 <input type="checkbox"/> 其他(請在下方欄註明)	<input type="checkbox"/> 與實體通訊地址相符 <input type="checkbox"/> 其他(請在下方欄註明)	<input type="checkbox"/> 與實體通訊地址相符 <input type="checkbox"/> 其他(請在下方欄註明)
從事的 職務內容			
理由陳述			

申請人簽署: \_\_\_\_\_

### 三. 提交的文件

- ☐ 1. 填妥的有限度執照申請表—第 I 部份
- ☐ 2. 填妥的有限度執照申請表—第 II 部份共\_\_\_\_\_份及相關附件
- ☐ 3. 證明實體與藥劑專業人員擬建立關係的性質的聲明共\_\_\_\_\_份
- ☐ 4. 填妥的有限度執照申請表—第 I 部份補充頁共\_\_\_\_\_份（倘適用）
- ☐ 5. 申請實體法定代表人的身份證明文件副本<sup>註1</sup>（倘適用）
- ☐ 6. 申請實體有效的行政准照副本<sup>註1</sup>（倘適用）
- ☐ 7. 申請實體於《澳門特別行政區公報》公佈的法人章程<sup>註1</sup>（倘適用）
- ☐ 8. 其他(請指出) \_\_\_\_\_

### 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准照及稽查廳的個人資料。

### 五. 聲明

- ☐ 1. 本人知悉倘有限度執照的持有人執業情況作出變更，申請實體應自有關情況變更之日起三十日內書面通知藥物監督管理局，並附上相關證明文件。
- ☐ 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. 本人知悉藥劑專業人員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	法定代表人簽署(須與身份證明文件上之簽名式樣相符)及法人蓋章
____年____月____日	_____

☐ 首次發出申請 ☐ 重新發出申請

一. 藥劑專業人員類別							
<input type="checkbox"/> 藥劑師		<input type="checkbox"/> 中藥師		<input type="checkbox"/> 藥房技術助理			
二. 執照申請用途及執業場所資料							
<input type="checkbox"/> 以私人制度方式 提供藥劑服務	聘用實體名稱						
	執業場所名稱						
<input type="checkbox"/> 於澳門公共實體 提供藥劑服務	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藥物監督管理局提交下述文件：							
<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			
				首次發出		重新發出	
<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藥物監督管理局卷宗內，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藥物監督管理局卷宗內，且有關內容沒有變更	
<input type="checkbox"/> 9. 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，並聲明已向藥物監督管理局申報相關資料	

## 五. 無抵觸聲明(僅適用於申請以私人制度方式提供藥劑服務的藥劑專業人員填寫)

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藥物事務廳的個人資料。

## 七. 聲明

- ☐ 1. 本人同意藥物監督管理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，以及向倘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 部份一併提交。
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。

# 有限度執照申請表—第 I 部份 補充頁

## 一. 申請實體資料

中文名稱	
澳門通訊地址	

## 二. 申請資料

申請類別	A.進行專科醫學培訓    B.進行高技術性研究工作    C.澳門沒有或缺乏具特別資歷的醫療人員 D.引進新的醫療技術    E.提供緊急救援    F.其他（請註明：_____）		
擬聘請藥劑專業人員的資料			
姓名			
申請類別(可多選)			
執業地點	<input type="checkbox"/> 與實體通訊地址相符 <input type="checkbox"/> 其他(請在下方欄註明)	<input type="checkbox"/> 與實體通訊地址相符 <input type="checkbox"/> 其他(請在下方欄註明)	<input type="checkbox"/> 與實體通訊地址相符 <input type="checkbox"/> 其他(請在下方欄註明)
從事的 職務內容			
理由陳述			

申請人簽名：\_\_\_\_\_

### 三. 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准照及稽查廳的個人資料。

### 四. 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	法定代表人簽署(須與身份證明文件上之簽名式樣相符)及法人蓋章
          _____年_____月_____日	          _____

#### 備註：

1. 本表格須與有限度執照申請表—第 I 部份一併提交。
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。