

一. 實習員類別				
<input type="checkbox"/> 藥劑師	<input type="checkbox"/> 中藥師	<input type="checkbox"/> 藥房技術助理		
二. 個人資料				
中文姓名		葡文姓名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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				
三. 提交的文件				藥物監督管理局專用
<input type="checkbox"/>	1. 填妥的藥劑專業人員實習執照申請表			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2. 醫療專業委員會發出臨時登記的證明書正本或鑑證本 (可出示正本予藥物監督管理局准照及稽查廳鑑證)			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3. 擬進行實習的獲認可場所發出的接納聲明正本 ¹			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4. 衛生局發出的身體健康及精神健全證明正本			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5. 刑事紀錄證明書正本 (申請用途: 醫療人員專業資格認可及執業註冊; 倘提交電子證明, 須提供電子證明的二維碼及分享碼予收件人員作核對)			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6. 澳門特別行政區居民身份證副本			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7. 其他(請指出)_____			<input type="checkbox"/>
四. 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:				
<input type="checkbox"/>	1. 沒有從事或兼任會削弱_____ ² 職業的獨立性及尊嚴的任何其他活動或職務。			
<input type="checkbox"/>	2. 沒有從事與_____ ² 職業相抵觸的業務。			
五. 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。				

¹ 倘實習場所為藥物監督管理局或衛生局, 則無須提交。
² 請填寫專業類別, 即藥劑師、中藥師或藥房技術助理。

申請人簽署: _____
(須與身份證明文件上之簽名式樣相符)

六. 聲明

- 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。
- 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。
- 本人知悉實習執照的有效期至實習完成之日止。
- 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，並向藥物監督管理局作出申報後方可於另一場所進行實習。
- 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。