

一. 實習執照資料

專業類別	☐ 藥劑師	☐ 中藥師	☐ 藥房技術助理
中文姓名		葡文姓名	
實習執照編號		澳門通訊電話	

二. 更改後的實習場所資料

場所名稱及地點【附註 2】	實習場所准照 編號(倘有)	實習期間
1. 名稱：		____/____/____
地點：		
2. 名稱：		____/____/____
地點：		
3. 名稱：		____/____/____
地點：		
4. 名稱：		____/____/____
地點：		

三. 提交的文件

☐ 1. 填妥的更改實習場所申報表
☐ 2. 醫療專業委員會發出批准更改實習場所的相關證明的副本
☐ 3. 新增實習場所發出的接納聲明【附註 3】
☐ 4. 其他(請指出) _____

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。

申報人簽署：_____

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，以及本申報所需遞交的文件，只供處理本申報的用途。
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. 申報人有權依法申報查閱、更正或更新存於本局准照及稽查廳的個人資料。

六. 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報所需的資料及文件，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，並向藥物監督管理局作出申報後方可於另一場所進行實習。
- ☐ 5. 本人在申報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	申報人簽署(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。倘申報人沒提供正確完備資料，申報將不獲辦理。
2. 須填寫更改後所有實習場所的資料，倘實習場所為公共實體，則無須填地點。
3. 僅須提交新增實習場所發出的接納聲明，倘實習場所為藥物監督管理局或衛生局，則無須提交。