**專科醫生崗前培訓申請表**

1. **個人資料：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名(中文) |  | (外文) |  | 相片 |
| 性別 |  | 婚姻狀況 |  | 國籍 |  |
| 澳門居民身份證編號 |  | 首次發出日期 |  |
| 住 址 |  |
| 住宅電話 |  | 手提電話 |  | 電子郵箱 |   |
| 緊急聯絡人 |  | 手提電話 |  | 與申請人關係 |  |

1. **學歷(學士學位及以上)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 學位 | 教育機構 | 就讀地點 | 就讀期間 (月/年) |
|  |  |  | 至 |
|  |  |  | 至 |
|  |  |  | 至 |

1. **完成專科培訓及取得澳門專科學院院士證書：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 培訓機構 | 機構所在地 | 修讀專科 | 專科培訓期間 (月/年) | 已取得澳門專科學院院士證書 |
|  |  |  | 至 |  |
|  |  |  | 至 |  |

1. **全科實習或已取得的同等學歷：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 實習機構 | 機構所在地 | 實習期間 (月/年) | 實習成績/分數 |
|  |  | 至04/2010至 |  |
|  |  | 至 |  |

1. **工作經驗：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 任職機構 | 工作地點 | 職位及工作内容 | 工作期間 (月/年) |
|  |  |  | 至 |
|  |  |  | 至08/2016至 08/2022 |
|  |  |  | 至 |

1. **其它職業培訓（附證書）：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課程名稱 | 主辦單位 | 舉辦地點 | 培訓期間 (月/年) |
|  |  |  |  | 至 |  |
|  |  |  |  | 至 |  |
|  |  |  |  | 至 |  |

1. **已遞交文件** (請於已遞交文件處以“🗸”表示) ：

|  |
| --- |
| 第一部份：必須遞交 |
| 1. 申請表格正本 | □ | 2.照片  | □ | 3.證件副本 | □ | 4.學位證明副本 | □ |
| 5.專科培訓/院士證明副本 | □ | 6.履歷（一式三份） | □ |  |  |
| 第二部份：選擇遞交 |
| 7.其他有助申請資料 | □ |  |  |

**本人謹此聲明：**

完全理解及接受載於《專科醫生崗前培訓規章》之一切義務及責任，包括澳門基金會資助發放、退還的條件、要求和安排，並承諾完成培訓後，於北京協和醫院澳門醫學中心/澳門醫院，或澳門本地區其他醫療機構提供專科服務一年。並知悉提供虛假聲明除導致培訓資格被取消及即時退還澳門基金會已支付的培訓津貼外，還必須承擔一切根據澳門特別行政區現行法例倘有的法定責任。

同時，本人聲明所提供的一切資料與文件均真實且正確，亦已閱悉“北京協和醫院澳門醫學中心/澳門醫院籌備辦公室、澳門基金會收集個人資料聲明＂，並簽署作實。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  | / |  |  |  |
|  日 |  |  月 |  |  年 |  | 申請人簽名（與身份證明文件的簽署相同） |

|  |
| --- |
| **北京協和醫院澳門醫學中心/澳門醫院籌備辦公室 澳門基金會 收集個人資料聲明**1. 本表格內所提供的個人資料會用作處理〝專科醫生崗前培訓〞申請和日後的培訓用途。
2. 基於履行法定義務，上述資料亦有可能轉交警察當局、司法機關及其他有權限實體。
3. 申請人有權根據第 8/2005 號法律《個人資料保護法》第 11 條規定申請查閱、更正或更新其存放於澳門基金會的上述資料。
 |