



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

報名表
REQUERIMENTO DE CANDIDATURA

近照
Fotografia

課程名稱：第十屆臨床醫學進階實踐課程

Nome de Curso : Curso de Prática Avançada de Medicina Clínica (10.ª Edição)

姓名 (中文) _____ (葡文) _____

Nome em chinês _____ Nome em português _____

性別 Sexo : 男 M 女 F 出生日期 Data de Nascimento : ____/____/____
(dd) (mm) (aaaa)

澳門居民身份證編號 Bilhete de identidade de residente de Macau n.º : _____

婚姻狀況 Estado Civil : 已婚 Casado 未婚 Solteiro 其他 Outro _____

取得全日制全科臨床醫學或全日制全科醫學學士學位地點

Local de obtenção da licenciatura em medicina clínica na área de clínica geral ou em medicina na área de clínica geral a tempo inteiro:

中國 China 葡國 Portugal 其他 Outros _____

大學名稱 Universidade de : _____

住址 Morada : _____

住宅電話 Telefone : _____ 流動電話 Telemóvel : _____

電郵地址 Email: _____

所屬衛生中心: 筷子基衛生中心 黑沙環衛生中心 塔石衛生中心
Centro de saúde: Centro de Saúde do Fai Chi Kei Centro de Saúde da Areia Preta Centro de Saúde do Tap Seac
 青洲衛生中心 風順堂衛生中心 海傍區衛生中心
Centro de Saúde da Ilha Verde Centro de Saúde de S. Lourenço Centro de Saúde do Porto Interior
 海洋花園衛生中心 湖畔嘉模衛生中心
Centro de Saúde dos Jardins do Oceano Centro de Saúde de Nossa Senhora do Carmo - Lago
 路環石排灣臨時衛生站 路環衛生站
Posto de Saúde Provisório de Seac Pai Van de Coloane Posto de Saúde de Coloane

本人聲明以上填報資料全部屬實，如有填報任何不實資料或有資料遺漏，貴局有權取消本人之報讀資格。

Declaro que todas as informações prestadas neste impresso são verdadeiras e que os Serviços de Saúde se reservam o direito de cancelar a minha candidatura, em caso de omissão ou inexactidão das mesmas.

日期 ____/____/____

Data (dd) (mm) (aaaa)

(簽名 Assinatura)