

申請表格

**申請登記參加醫療券計劃、疫苗資助計劃、院舍防疫注射計劃
及基層醫療指南**

登記參考編號:	(此欄不必填寫)
---------	----------

受文人: 香港特別行政區政府（「政府」）衛生署署長代收

第一部分 – 與此申請有關的計劃/項目及釋義

本人（「申請人」），個人資料列於下列第二部分(A)項，在此向政府申請登記參加下列計劃/項目：

- 醫療券計劃
- 疫苗資助計劃
- 院舍防疫注射計劃
- 基層醫療指南

定義附表（與申請人在此部分列明登記參加的計劃/項目相關的附錄 C, J 及 K）所訂明的釋義定義和規則，適用於本申請表格。

第二部分 – 申請人及其所屬醫療機構的申請及有關資料

本人（「申請人」），個人資料列於下列(A)項，提供以下資料，以符合這項申請:-

(A) 個人資料

姓名（如香港身份證上所示）（英文）: _____
 (中文) : _____

香港身份證號碼 : _____

日間聯絡電話號碼# : _____

聯絡電郵地址 : _____

傳真號碼# : _____

通訊地址# : _____

(請提供通訊地址的證明文件^{註 1)}

如申請人只登記參加基層醫療指南，申請人可選擇是否提供。

(B) 專業詳情

本人執業為：（請只選擇一項）

適用於申請登記參加醫療券計劃、疫苗資助計劃、院舍防疫注射計劃或基層醫療指南

- 註冊醫生，根據醫生註冊條例（第 161 章）所指，持有該條例發出的有效執業證明書（專業註冊號碼：_____）^{註 2}

適用於申請登記參加醫療券計劃或基層醫療指南

- 註冊牙醫，根據牙醫註冊條例（第 156 章）所指，持有該條例發出的有效執業證明書（專業註冊號碼：_____）^{註 2}
- 註冊中醫，根據中醫藥條例（第 549 章）所指，持有該條例發出的有效執業證明書（專業註冊號碼：_____）^{註 2}

適用於只申請登記參加醫療券計劃

- 註冊脊醫，根據脊醫註冊條例（第 428 章）所指，持有該條例發出的有效執業證明書（專業註冊號碼：_____）^{註 2}
- 註冊護士，根據護士註冊條例（第 164 章）所指，持有該條例發出的有效執業證明書（專業註冊號碼：_____）^{註 2}
- 登記護士，根據護士註冊條例（第 164 章）所指，持有該條例發出的有效執業證明書（專業註冊號碼：_____）^{註 2}
- 醫務化驗師，根據輔助醫療業條例註冊條例（第 359 章）所指，持有該條例發出的有效執業證明書（專業註冊號碼：_____）^{註 2}
- 職業治療師，根據輔助醫療業條例註冊條例所指，持有該條例發出的有效執業證明書（專業註冊號碼：_____）^{註 2}
- 物理治療師，根據輔助醫療業條例註冊條例所指，持有該條例發出的有效執業證明書（專業註冊號碼：_____）^{註 2}
- 放射技師，根據輔助醫療業條例註冊條例所指，持有該條例發出的有效執業證明書（專業註冊號碼：_____）^{註 2}
- 視光師，根據輔助醫療業條例（於註冊名冊第 I 部分）註冊，持有該條例發出的有效執業證明書（專業註冊號碼：_____）^{註 2}

* 以個人的名義/ *為醫療機構或以其名義列明於(C)項中

* 刪去不適用

(C) 醫療機構 [若只申請登記參加基層醫療指南，不須填寫本部份及(D)部份。「醫療機構」的定義，可參閱於第一部分列明登記參加的計劃相關的附錄 C, J 及 K 所訂明的定義附表。]

名稱 (英文): _____

(中文): _____

(「醫療機構」)

商業登記號碼 : _____

日間聯絡電話號碼 : _____

聯絡電郵地址 : _____

傳真號碼 : _____

通訊地址 : _____

(請提供通訊地址的證明文件^{註 1)})

(D) 雙方關係

本人與醫療機構的關係為：

- 醫療機構的獨資經營者
- 醫療機構的合夥人
- 醫療機構的股東
- 醫療機構的董事
- 醫療機構的僱員
- 其他 (請註明) _____

(E) 執業地點及收費

本人執業上述 (B) 項專業的地點名稱、地址和電話號碼、參加的計劃，以及有關收費是：

(註：如你會於非診所場地提供外展疫苗接種服務，請將相關資料列於執業地點(5))

執業地點 (1) :

名稱(英文): _____

名稱(中文): _____

地址(英文): _____

地址(中文): _____

地區 : _____

電話號碼 : _____

申請計劃/項目：

醫療券計劃 疫苗資助計劃 院舍防疫注射計劃 基層醫療指南

於上述診所內接種每劑資助疫苗收費#:

合資格人士 /疫苗	孕婦	年屆 65 歲 或以上人士	6 個月至 未滿 12 歲 人士	智障人士	領取社會福利署 傷殘津貼人士
四價季節性 流感疫苗					
三價季節性 流感疫苗					
肺炎鏈球菌 疫苗*	不適用		不適用	不適用	不適用

*23 價肺炎球菌多醣疫苗

只適用於申請登記參加基層醫療指南：

執業類別 (每一個執業地點選擇一個類別)：

非政府機構 私營 大學

執業地點 (2) :

名稱(英文): _____

名稱(中文): _____

地址(英文): _____

地址(中文): _____

地區 : _____

電話號碼 : _____

申請計劃/項目 :

醫療券計劃 疫苗資助計劃 院舍防疫注射計劃 基層醫療指南

於上述診所內接種每劑資助疫苗收費#:

合資格人士 /疫苗	孕婦	年屆 65 歲 或以上人士	6 個月至 未滿 12 歲 人士	智障人士	領取社會福利署 傷殘津貼人士
四價季節性 流感疫苗					
三價季節性 流感疫苗					
肺炎鏈球菌 疫苗*	不適用		不適用	不適用	不適用

*23 價肺炎球菌多醣疫苗

只適用於申請登記參加基層醫療指南 :

執業類別 (每一個執業地點選擇一個類別) :

非政府機構 私營 大學

執業地點 (3) :

名稱(英文): _____

名稱(中文): _____

地址(英文): _____

地址(中文): _____

地區 : _____

電話號碼 : _____

申請計劃/項目 :

醫療券計劃 疫苗資助計劃 院舍防疫注射計劃 基層醫療指南

於上述診所內接種每劑資助疫苗收費#:

合資格人士 /疫苗	孕婦	年屆 65 歲 或以上人士	6 個月至 未滿 12 歲 人士	智障人士	領取社會福利署 傷殘津貼人士
四價季節性 流感疫苗					
三價季節性 流感疫苗					
肺炎鏈球菌 疫苗*	不適用		不適用	不適用	不適用

*23 價肺炎球菌多醣疫苗

只適用於申請登記參加基層醫療指南 :

執業類別 (每一個執業地點選擇一個類別) :

非政府機構 私營 大學

執業地點 (4) :

名稱(英文): _____

名稱(中文): _____

地址(英文): _____

地址(中文): _____

地區 : _____

電話號碼 : _____

申請計劃/項目 :

醫療券計劃 疫苗資助計劃 院舍防疫注射計劃 基層醫療指南

於上述診所內接種每劑資助疫苗收費#:

合資格人士 /疫苗	孕婦	年屆 65 歲 或以上人士	6 個月至 未滿 12 歲 人士	智障人士	領取社會福利署 傷殘津貼人士
四價季節性 流感疫苗					
三價季節性 流感疫苗					
肺炎鏈球菌 疫苗*	不適用		不適用	不適用	不適用

*23 價肺炎球菌多醣疫苗

只適用於申請登記參加基層醫療指南 :

執業類別 (每一個執業地點選擇一個類別) :

非政府機構 私營 大學

執業地點（5）(只適用於疫苗資助計劃外展非診所場地)：

名稱(英文): _____

名稱(中文): _____

地址(英文): _____

地址(中文): _____

地區 : _____

電話號碼 : _____

於外展非診所場地每劑資助疫苗收費#:

合資格人士 /疫苗	孕婦	年屆 65 歲 或以上人士	6 個月至 未滿 12 歲 人士	智障人士	領取社會福利署 傷殘津貼人士
四價季節性 流感疫苗					
三價季節性 流感疫苗					
肺炎鏈球菌 疫苗*	不適用		不適用	不適用	不適用

*23 優肺炎鏈球菌多醣疫苗

*收費為扣除政府資助金額後，申請人或醫療機構就一種疫苗所收取的實際診金。

#流感疫苗收費是以肌肉注射滅活流感疫苗計算。衛生署網頁只顯示使用四價流感疫苗注射的收費。

申請人姓名與第一部分列明登記參加的計劃/項目相關的上述執業地點名稱、地址、電話號碼及收費，將刊於與醫療券計劃、疫苗資助計劃、基層醫療指南及/或其他政府為推廣基層醫療的項目相關的網頁或單張，以供公眾參考。另外登記參加基層醫療指南的服務提供者的專業註冊號碼以及執業類別亦會於基層醫療指南中顯示。

第三部分 – 承諾和聲明

醫療券計劃、疫苗資助計劃及院舍防疫注射計劃

為了讓香港特別行政區政府（「政府」），以衛生署署長作為代表，考慮及／或批核本表格第一部分申請人列明參加計劃的登記申請，申請人和醫療機構在此共同及各自作出以下各項持續有效的承諾、確認、承擔、保證、聲明及同意如下：

- (a) 我們已小心閱讀及完全明白申請表格及所有其他與本表格第一部分申請人列明登記參加的計劃有關的交易文件；
- (b) 根據「登記參加醫療券計劃、疫苗資助計劃、院舍防疫注射計劃及基層醫療指南申請須知」（「申請須知」）所述，申請人符合資格申請本表格第一部分列明登記參加的計劃；
- (c) 關於本申請表格內的資料及附加文件，以及不時就本表格第一部分申請人列明登記參加的計劃而向政府提供的所有相關資料及文件（不論是否我們手頭的資料），在各方面均屬最新、真實、正確及完整；
- (d) 我們並無隱瞞或知悉任何可能影響政府在評估或考慮是否批准有關申請所作的決定的重要事實或情況，而沒有向政府披露這些資料；
- (e) 倘若我們當中的任何人，未能提供政府所需的全部資料和文件，政府可能不會處理有關申請；
- (f) 我們均須應政府不時提出的要求，向政府提交與本申請有關的其他證明文件及資料；
- (g) 如本申請表格第二部分(E)所列的收費提高，我們須於 2 個工作天前通知衛生署疫苗計劃辦事處；如就本申請所提交的資料有任何改變，或該等資料已不再適用、真實、正確、或完整，以及出現實質狀況而影響申請人在本表格第一部分或在此申請其他部分列明登記參加的計劃的資格（包括任何證實或指稱涉及專業行為失當或疏忽的事件），我們均須即時通知衛生署疫苗計劃辦事處；
- (h) 本申請表格第二部分(C)項中列明的醫療機構，是一間私營機構或非政府機構；
- (i) 申請人並沒有被暫停或禁止執行其在本申請表格第二部分(B)項中所標示的專業；

- (j) 我們在任何時候，均須遵守本申請表格及其他與本申請表格第一部分申請人列明登記參加的計劃有關的交易文件上的所有條款及條件，直到有關申請被政府拒絕，如有關申請成功，則要直到申請人或醫療機構不再是已在計劃中登記的醫療服務提供者；
- (k) 就與本申請表格第一部分申請人列明登記參加的計劃相關的「有關收集個人資料的目的」中所列明的目的，政府、其任何代理或人員（包括衛生署署長）和任何政府授權的人士，都可充分查閱、並可轉交和使用申請人提供的個人資料，而「使用」一詞具有第 486 章《個人資料(私隱)條》所賦予的涵義；
- (l) 申請人特此同意下列的各專業監管管理局及委員會，為處理有關這個申請，隨時轉交其手上申請人的個人資料，給予衛生署署長、政府、政府的任何代理人或人員以及任何獲政府授權的人士，並在有需要時，為了該目的而以電子方式來進行核實程序：
- (a) 香港醫務委員會；
 - (b) 香港牙醫管理委員會；
 - (c) 香港中醫藥管理委員會；
 - (d) 香港脊醫管理局；
 - (e) 香港護士管理局；
 - (f) 香港物理治療師管理委員會；
 - (g) 香港職業治療師管理委員會；
 - (h) 香港醫務化驗師管理委員會；
 - (i) 香港放射技師管理委員會；以及
 - (j) 香港視光師管理委員會；
- (m) 我們完全明白，倘若就本申請所需的任何資料有未披露或失實陳述的情況，政府有權拒絕本申請；
- (n) 如我們在本申請表格內所提供的任何資料、所作出的承諾、保證或聲明不是最新、真實、正確或完整，或我們當中的任何人，未能遵守本承諾及聲明的任何條文，政府可在不違反本承諾及聲明或法律上所賦予的任何權力、權利、補償和申索的情況下，有權即時拒絕此申請；而若申請已獲批准，申請人在本表格第一部分列明參加計劃的登記亦會被即時取消；
- (o) 第五部分(B)項指明的授權簽署人，是經醫療機構正式授權，代表醫療機構簽立本申請表；並且簽署受本申請表格和所有其他與本表格第一部分申請人列明登記參加的計劃有關的交易文件的條款及條件的約束；

- (p) 本承諾及聲明書須受中華人民共和國香港特別行政區（「香港」）法律管限，並須按照香港法律解釋。我們須不可撤銷地接受香港法院的專有審判權。

基層醫療指南

我們已小心閱讀及完全明白於附錄 F 列出的免責條款、條款及細則和所有其他與基層醫療指南相關的文件。

第四部分 - 政府免責聲明

1. 雖然政府在本申請表格及邀請函所提供的資料是以真誠擬備的，但並沒有聲稱有關資料詳盡無遺或已經獨立核實。無論是政府、抑或是其任何職員，代理人或顧問，均不會就申請表格、邀請函所載資料或任何其他書面或口述資料（已向或將會向申請人或醫療機構提供）是否足夠、準確或完整承受任何法律責任或責任；他們也不會對以上資料或申請表格或邀請函所根據的資料作出任何申述、聲明或保證（不論是明訂或默示）。現訂明政府可免除任何有關以上資料的責任、申請表格或邀請函資料不確的責任，以及申請表格或邀請函資料遺漏的責任。申請表格、邀請函的一切資料，以及任何其他書面或口述資料（已向或將會向申請人提供），均不得依據為政府、其職員或代理人日後在意向、政策或行動方面的申述、聲明或保證。
2. 申請須知及與在本表格第一部分列明的計劃/項目有關的任何提交申請邀請，均不構成要約。
3. 申請人一旦提交登記申請，即視作申請人及其醫療機構(如適用)已接受此免責聲明的條款。

第五部分 - 簽立

(A) 申請人

申請人簽署：

在香港身份證上所示的申請人姓名（英文）：_____

（中文）：_____

日期：_____

(B) 醫療機構

公司印章

授權簽名

代表公司/機構

請用正楷填寫姓名（授權簽署者）：

職位：_____

公司/機構名稱：_____

日期：_____

我/我們，即以上申請人/以上申請人及其醫療機構，同意經簽署此申請表格後，與第一部分列明登記參加的計劃/項目相關的附錄，C, J 及 K 內載明的條款和條件，由政府以書面通知申請人此申請獲接納日起，即成為我/我們與政府之間具有約束力的協議。

註：

註 1：政府接受公共事業機構單據或銀行結算單作為證明文件。

註 2：專業註冊號碼是當申請人向有關的專業機構或管理委員會註冊時，由該機構或委員會指派的號碼。

有關收集個人資料的目的

收集資料的目的

1. 衛生署所獲得的個人資料，會用作下列一項或多項的用途：
 - (a) 處理有關登記此表格第一部分列明的計劃/項目的申請、付款，以及執行和監察此表格第一部分列明的計劃；
 - (b) 推廣基層醫療的政府項目；
 - (c) 作統計及研究用途；以及
 - (d) 作法例規定、授權或准許的任何其他合法用途。
2. 你在此申請表格上所提供的個人資料乃自願性質，如果你不提供充份的資料，我們可能無法處理你的申請。

資料轉交的類別

3. 根據上述第 1 段所述的目的，你所提供的個人資料，主要是供衛生署內部使用，但有需要時，也會轉交其他政府決策局和部門、各個專業監管管理局及委員會以及其他機構。

查閱個人資料

4. 根據個人資料（私隱）條例第 18 及 22 條以及附表 1 第 6 項原則，你有權要求查閱及更正你的個人資料，而進行查閱資料的要求，可能須收取費用。

查詢

5. 有關查詢所提供的個人資料，包括進行查閱及更正，可以向衛生署下列人員提出：

註冊醫生：

九龍亞皆老街 147C 號二樓
疫苗計劃辦事處 行政主任
電話號碼：2125 2125

其他專業的醫療服務提供者：

香港中環九如坊 1 號
中區健康院一樓
醫療券組 行政主任
電話號碼：3582 4102