

申請表格

**醫療服務提供者申請登記
 參加醫療券計劃／
 同時參加醫療券計劃及基層醫療指南
 (「計劃／項目」)**

醫療服務提供者就登記參加下列第一部分有關計劃／項目所提出的申請，須符合香港特別行政區政府(「政府」)認為合適而考慮的所有情況和因素，包括但不限於醫療服務提供者的行為、操守、聲譽、管理、往績及最近的表現。無論如何，政府可行使絕對酌情權，以決定是否接納醫療服務提供者就登記參加有關計劃／項目所提出的申請。

請用黑色或藍色筆以正楷填寫本申請表格，並在方格□內填上「✓」號(如適用)或*刪去不適用者。

登記參考編號： _____ **(此欄不必填寫)**

致：政府

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#
- 基層醫療指南#

[基層醫療指南由醫務衛生局轄下的基層醫療署管理，如只申請登記加入基層醫療指南(即沒有申請登記參加醫療券計劃)，請直接向基層醫療署申請 (<https://apps.pcdirectory.gov.hk/SP/TC/Index.aspx>)。]

註冊醫生、註冊牙醫、註冊職業治療師或註冊物理治療師申請登記參加上述計劃／項目，必須登記加入基層醫療指南。如申請人並未登記加入基層醫療指南，申請人需要在本申請表格同時申請登記加入基層醫療指南。

本人(「申請人」)謹此聲明：

- 本人已登記加入基層醫療指南。
- 本人並未登記加入基層醫療指南，現同時申請登記加入基層醫療指南。

[除文意另有所指外，本申請表格所用的特定詞彙各自具有相關計劃／項目在附錄 C 或附錄 C 及 D 紿予該等詞彙的涵義。]

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」)提供以下資料，以符合本申請：

(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：_____ (請提供一個電郵地址)

傳真號碼：_____

通訊地址：_____

請提供通訊地址的證明文件，例如公共事業機構單據或銀行結單。

(B) 專業詳情

本人以*個人的名義／為醫療機構或以其名義列明於(C)項中以下列身分執業：

請只選擇一項，並提供相關的有效執業證明書副本((i) 根據《中醫藥條例》(第 549 章)第 85 條的規定註冊者，及(ii) 所屬醫療專業為聽力學家、營養師、臨床心理學家或言語治療師者除外)。如申請人所屬醫療專業為聽力學家、營養師、臨床心理學家或言語治療師，請提供相關和有效的註冊證明書副本。專業註冊號碼／註冊號碼指申請人向相關專業機構或管理委員會註冊時獲編配的號碼。

適用於申請登記參加醫療券計劃(如未參加基層醫療指南，則同時申請登記參加基層醫療指南)：

- 註冊醫生，根據《醫生註冊條例》(第 161 章)所指，持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____)
- 註冊牙醫，根據《牙醫註冊條例》(第 156 章)所指，持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____)
- 註冊中醫，根據《中醫藥條例》(第 549 章)所指，符合下列任何一種情況：
 - (i) 持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____); 或
 - (ii) 根據該條例第 85 條規定註冊(專業註冊號碼：_____)
- 職業治療師，根據《專職醫療業條例》(第 359 章)註冊，持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____)

- 物理治療師，根據《專職醫療業條例》註冊，持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____)

適用於只申請登記參加醫療券計劃：

- 註冊中醫，根據《中醫藥條例》(第 549 章)所指，符合下列任何一種情況：
(i) 持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____); 或
(ii) 根據該條例第 85 條規定註冊(專業註冊號碼：_____)
- 註冊脊醫，根據《脊醫註冊條例》(第 428 章)所指，持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____)
- 註冊護士，根據《護士註冊條例》(第 164 章)所指，持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____)
- 登記護士，根據《護士註冊條例》(第 164 章) 所指，持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____)
- 醫務化驗師，根據《專職醫療業條例》所指，持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____)
- 放射技師，根據《專職醫療業條例》所指，持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____)
- 視光師，根據《專職醫療業條例》(於註冊名冊第 I 部分)註冊，持有根據該條例發出的有效執業證明書(專業註冊號碼：_____)
- 聽力學家，註冊於政府認可醫療專業註冊計劃認可的相關醫療專業團體(註冊號碼：_____)
- 營養師，註冊於政府認可醫療專業註冊計劃認可的相關醫療專業團體(註冊號碼：_____)
- 臨床心理學家，註冊於政府認可醫療專業註冊計劃認可的相關醫療專業團體(註冊號碼：_____)
- 言語治療師，註冊於政府認可醫療專業註冊計劃認可的相關醫療專業團體(註冊號碼：_____)

(C) 醫療機構

「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 所訂明的定義附表。

醫療機構名稱(英文) : _____

(中文) : _____

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 : _____

請提供商業登記證副本及／或通訊地址的證明文件，例如公共事業機構單據或銀行結單。

(D) 雙方關係 (請選取以下其中一項)

本人(「申請人」)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
- 醫療機構的其他人員(請註明： _____)

(E) 執業地點

本人執業上述(B)項專業的地點名稱、地址和電話號碼以及參加的計劃／項目是：

執業地點 (1)：

請提供執業地址的證明文件，例如公共事業機構單據或銀行結單的副本。

名稱 (英文) : _____

(中文) : _____

地址 (英文) : _____

(中文) : _____

地區 : _____ 電話號碼 : _____

申請計劃／項目：

醫療券計劃 基層醫療指南

適用於同時申請登記參加醫療券計劃及基層醫療指南：

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)：

請提供執業地址的證明文件，例如公共事業機構單據或銀行結單的副本。

名稱 (英文) : _____

(中文) : _____

地址 (英文) : _____

(中文) : _____

地區 : _____ 電話號碼 : _____

申請計劃／項目：

醫療券計劃 基層醫療指南

適用於同時申請登記參加醫療券計劃及基層醫療指南：

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) :

請提供執業地址的證明文件，例如公共事業機構單據或銀行結單的副本。

名稱 (英文) : _____

(中文) : _____

地址 (英文) : _____

(中文) : _____

地區 : _____ 電話號碼 : _____

申請計劃／項目：

醫療券計劃 基層醫療指南

適用於同時申請登記參加醫療券計劃及基層醫療指南：

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) :

請提供執業地址的證明文件，例如公共事業機構單據或銀行結單的副本。

名稱 (英文) : _____

(中文) : _____

地址 (英文) : _____

(中文) : _____

地區 : _____ 電話號碼 : _____

申請計劃／項目：

醫療券計劃 基層醫療指南

適用於同時申請登記參加醫療券計劃及基層醫療指南：

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

登記參加的計劃／項目相關的申請人姓名、上述執業地點名稱、地址及電話號碼，將刊於與醫療券計劃相關的網頁或單張(如只登記參加醫療券計劃)／醫療券計劃、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（如同時登記參加醫療券計劃及基層醫療指南），以供公眾參考。此外，同時登記參加醫療券計劃及基層醫療指南的服務提供者的專業註冊號碼及執業類別，以及其他提供的執業資料，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

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(或下稱「我們」)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醫療券計劃有關的交易文件；
- (b) 根據「醫療服務提供者就登記參加醫療券計劃／醫療券計劃及基層醫療指南(「計劃／項目」)提出的申請－申請須知」(「申請須知」)所述，我們符合資格申請醫療券計劃；
- (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，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申請登記參加醫療券計劃或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)，我們均須即時以書面形式通知衛生署醫療券事務科；
- (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)條例》所賦予的涵義；
- (l) 申請人特此同意，下列各專業監管管理局、委員會，以及政府認可醫療專業註冊計劃認可的醫療專業團體，可隨時將其持有的申請人個人資料轉交予衛生署署長、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，以用於處理本申請，並在有需要時就該目的而以電子或其他方式進行核實程序：
- (i) 香港醫務委員會；
 - (ii) 香港牙醫管理委員會；
 - (iii) 香港中醫藥管理委員會；
 - (iv) 香港脊醫管理局；
 - (v) 香港護士管理局；
 - (vi) 香港物理治療師管理委員會；
 - (vii) 香港職業治療師管理委員會；
 - (viii) 香港醫務化驗師管理委員會；
 - (ix) 香港放射技師管理委員會；
 - (x) 香港視光師管理委員會；
 - (xi) 香港聽力學家公會；
 - (xii) 香港認可營養師學院；
 - (xiii) 香港臨床心理學家公會；以及
 - (xiv) 香港言語治療師公會
- (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，有權即時拒絕此項申請；若申請已獲批准，申請人在本表格第一部分列明參加的相關計劃所給予的批准，亦將即時撤銷；
- (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

申請人已小心閱讀及完全明白載列於附錄 D 及於網頁 (<https://apps.pcdirectory.gov.hk/SP/TC/Index.aspx>)更新的基層醫療指南條款及細則、以及所有其他相關的文件。

第四部分 — 政府免責聲明

1. 雖然政府在本申請表格及申請須知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、申請須知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申請須知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、申請表格或申請須知資料不確的責任，以及申請表格或申請須知資料遺漏的責任。申請表格、申請須知的一切資料，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. 申請須知及與在本申請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

公司印章及代表公司／機構的授權簽名

請用正楷填寫姓名 (授權簽署者)：_____

職位：_____

公司／機構名稱：_____

日期：_____

我／我們為上述申請人／上述申請人及其醫療機構，已細閱並同意本申請表格第一至第四部分的內容，以及鄭重複述本申請表格第三部分所列承諾和聲明中的每一句陳述句子。我／我們亦謹此聲明，在本申請表格內所填報的資料，在各方面均屬最新、真實、正確和完整。

我／我們亦同意，在簽署此申請表格後，此申請表格和我們在此申請表格上所登記參加的計劃／項目相關的附錄 C(如只登記參加醫療券計劃)／附錄 C 及 D 內(如同時登記參加醫療券計劃及基層醫療指南)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之日起，成為我／我們與政府之間具有約束力的協議。

有關收集個人資料的目的

收集資料的目的

1. 政府所獲得的個人資料，會用作下列一項或多項的用途：
 - (a) 處理有關登記此申請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. 在此申請表格上提供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. 你所提供的個人資料，主要供衛生署(就申請登記參加醫療券計劃)及／或醫務衛生局(就申請登記加入基層醫療指南)作內部使用。如須施行上文第 1 段所述的目的，這些資料或會披露予其他政府決策局和部門、有關的專業規管管理局和委員會、政府認可醫療專業註冊計劃認可的有關醫療專業團體和其他機構。

查閱個人資料

4. 根據《個人資料(私隱)條例》(香港法例第 486 章)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，應向下列人員提出：

醫療券計劃

衛生署醫療券事務科
行政主任(醫療券)
九龍觀塘巧明街 100 號
安盛金融大樓 9 樓 901-4 室
電話號碼：3582 4102

基層醫療指南

醫務衛生局
基層醫療署
行政主任(基層醫療署) A
香港黃竹坑業勤街 23 號
THE HUB 11 樓
電話：2205 1855
傳真：2556 2638
電郵地址：phcc@healthbureau.gov.hk