

香港中醫藥管理委員會
Chinese Medicine Council of Hong Kong

註冊中醫續領執業證明書申請表
Application Form
for Renewal of Practising Certificate of
Registered Chinese Medicine Practitioner

香港法例第 549 章
《中醫藥條例》
第 76 至 82 條

Chinese Medicine Ordinance (Cap. 549)
Sections 76 to 82

(申請人可保留「申請表填寫指引」。)

(Applicants may retain the 'Guidance Notes on Completing the Application Form'.)

註冊中醫續領執業證明書申請表填寫指引

填寫申請表前，必須先閱讀以下指引。

申請人可保留申請表填寫指引。

重要事項

1. 遞交申請表的期限：申請人須在其持有的執業證明書有效期屆滿前遞交申請。《中醫藥條例》規定只有持有有效執業證明書的註冊中醫，才可在香港作中醫執業。執業註冊中醫如在執業證明書有效期屆滿後六個月仍未續領執業證明書，香港中醫藥管理委員會中醫組可將其姓名從註冊名冊內刪除。
2. 遞交申請表方法：申請人可將填妥的申請表、繳付申請費用的支票和有關資料及文件，郵寄至香港中醫藥管理委員會(管委會)秘書處，或於辦公時間內前往管委會秘書處遞交。為免郵誤，申請人可以掛號郵件投遞申請。
管委會秘書處地址及辦公時間如下：
地址： 香港灣仔皇后大道東 213 號胡忠大廈 22 樓 2201 室
辦公時間： 星期一至五上午九時至下午五時三十分；
星期六，星期日及公眾假期休息。
3. 申請人在遞交申請表時，須附有填寫了申請費用港幣 1,225 元的劃線支票或銀行本票。支票或銀行本票抬頭須寫上“香港特別行政區政府”或“The Government of the Hong Kong Special Administrative Region”或“The Government of the HKSAR”，並在背面寫上申請人的姓名及註冊編號；申請費用亦可以採用繳費靈透過音頻電話或互聯網繳付¹。請勿以現金繳交費用。申請一經處理，所繳交的申請費用概不發還。

一般事項

4. 請用黑色原子筆或墨水筆填寫表格。
5. 申請人須填妥申請表各部分。請以中文及英文正楷填寫申請表格的甲部，及以中文或英文正楷填寫申請表格的乙部和丙部。
6. 申請人如未能提供所需的所有資料，或所填寫的資料不足，申請將不會受理。
7. 申請人應保留一份填妥的申請表副本，以備參考。
8. 遞交申請表後，如欲更改或查詢個人資料，請與香港中醫藥管理委員會秘書處聯絡(電話號碼: 2121 1888)。
9. 如申請表空位不敷填寫，請另頁填寫，並在申請表有關部分註明。申請人須在附頁上清楚寫上姓名、註冊編號及簽署，然後將附頁釘附在申請表內。

¹申請人須攜同銀行提款卡或有提款功能的信用卡，前往繳費靈終端機開立繳費靈戶口。在登記帳戶後（致電 18013 或瀏覽 pps hk.com），便可以透過電話（致電 18033）或互聯網（pps hk.com）繳付執業證明書申請費用。中醫藥管理委員會的商戶編號是“9708”，而繳付執業證明書申請費用的帳戶編號為申請人 6 位數字的註冊編號（例：註冊編號為 00XXXX 的申請人的帳戶編號為 00XXXX），申請人亦可致電秘書處查詢（電話：2121 1888）。如需查詢繳費靈其他資料，請瀏覽 pps hk.com 或致電 24 小時 PPS 錄音熱線 90000222328。

填寫各項目指引

姓名

10. 請依照香港身份證上的中英文姓名填寫。

例如：

陳	大文
---	----

C	H	A	N
---	---	---	---

T	A	I	M	A	N
---	---	---	---	---	---

(中文姓名) 姓氏 名字 (英文姓名) Surname Other name(s)

香港身份證/其他身份證明文件號碼

11. 請填上香港身份證號碼 (包括括號()內的號碼)，例如：A123456(7)、註冊編號及目前持有的執業證明書有效期屆滿日期。沒有香港身份證的申請人，請填上其他身份證明，例如護照/旅行證件號碼及有關的簽發機關名稱，並夾附有關證明的副本。

進修中醫藥學資料

12. 請根據中醫組發出的進修通知信，填上申請人的個人進修周期開始和結束日期及進修分數要求。例如：

由

2	8
---	---

 /

0	2
---	---

 /

2	0	0	5
---	---	---	---

 至

2	8
---	---

 /

1	1
---	---

 /

2	0	0	5
---	---	---	---

 ; 進修分數要求：15分

日 月 年 日 月 年

13. 請填上申請人所屬的「行政機構」名稱和編號。如有疑問，申請人可向其「行政機構」查詢。

14. 如申請人已符合中醫組訂定的進修要求，即在其進修周期內已取得中醫組指定的進修分數，請在適當方格內加上“✓”號，並隨申請表附上由其所屬「行政機構」發出的《符合進修要求證明書》副本。

15. 如申請人未能符合中醫組訂定的進修要求，即在其進修周期內未能取得中醫組指定的進修分數，請在適當方格內加上“✓”號，並述明未能符合進修要求的原因及隨申請表附上相關證明文件副本(如有的話)。

聲明

16. 申請人必須簽署每一頁聲明及在適當位置填上日期。

17. 申請人不能向中醫註冊主任、任何香港中醫藥管理委員會、其組及小組的成員或管委會秘書處任何職員提供任何利益，以獲得續領執業證明書。

18. 中醫註冊主任、香港中醫藥管理委員會或其授權人士將按其認為合適的方式核實此申請表所提供的資料。

罪行及專業上失當行為

19. 申請人須聲明自從他已獲註冊成為註冊中醫以來，或自從他的執業證明書上次獲續期以來，他是否曾有可處監禁罪行或專業上失當行為。如申請人是首次申請續領執業證明書，請刪去“自本人的執業證明書上次獲續期”，否則請刪去“自本人獲註冊成為註冊中醫”。

20. 如申請人曾在香港或其他地方被裁定犯有任何可處監禁的罪行(即當時有關罪行的刑罰可達被處監禁),無論申請人是否被判監禁或曾服刑,均須作出申報。請列明有關罪行的案件編號、發生日期、地點、性質及判刑。
21. 申請人曾經被裁定有專業上失當行為指曾經被香港中醫藥管理委員會中醫組、其他專業組織或香港以外地方的專業組織裁定犯有專業上失當行為。
22. 如申請人曾在香港或其他地方被裁定有專業上的失當行為,須提供有關專業組織就有關失當行為發出的文件。

個人資料的用途

23. 申請人向中醫組提交的個人資料將會用作執行《中醫藥條例》的條款。

個人資料的轉介

24. 申請人所提供的個人資料,主要供香港中醫藥管理委員會內部使用,但亦可能因以上第 23 段所列目的,向其他政府部門、中介機構或行政管理機構披露。公眾人士可在憲報上及香港中醫藥管理委員會互聯網網頁內刊登的註冊名單,查閱註冊中醫的個人資料,包括其姓名及地址等。除此之外,其他個人資料只會在有關註冊中醫本人同意,或在《個人資料(私隱)條例》所容許下,才會向其他人士披露。

個人資料的修改

25. 根據《個人資料(私隱)條例》第 18 條及 22 條及其附表 1 第 6 原則所述,註冊中醫有權查閱及修正個人資料,但查閱資料時,可能要繳交費用。註冊中醫的個人資料如有任何更改,須儘快向秘書處作出書面通知:

地址:香港灣仔皇后大道東 213 號胡忠大廈 22 樓 2201 室香港中醫藥管理委員會秘書處收

申請人近照

26. 請在申請表貼上一幀 40 毫米 x 50 毫米(約 1½ 英吋 x 2 英吋)大小的申請人近照(在提交申請前 6 個月內拍攝的照片)。

申請表的認收

27. 香港中醫藥管理委員會秘書處在收到申請表後會發出認收函。如申請人在遞交申請表後十四天仍未收到認收函,應致電香港中醫藥管理委員會秘書處查詢(電話:2121 1888)。為確保認收函可準確地寄交申請人,請申請人在認收函上(丁部)清楚寫上姓名和地址。只有獲秘書處認收的申請,才會獲得處理。

乙部
Section B

申請人的進修中醫藥學資料
Information on Continuing Education in Chinese
Medicine (CME) of the Applicant

(只供內部填寫
official use only)

12

進修周期 CME cycle

由 From

日 Day

月 Month

年 Year

至 To

日 Day

月 Month

年 Year

13

進修分數要求
CME points required: _____

所屬「行政機構」(CME Administrator):

名稱(Name): _____

編號(Code): _____

14-15

本人* 已符合中醫組根據《中醫藥條例》第 82 條訂定的進修中醫藥學規定。

I*, have complied with the CME requirements determined by the Practitioners Board under section 82 of the Chinese Medicine Ordinance.

(請提交所屬「行政機構」發出的《符合進修要求證明書》副本。)
(Please attach a copy of the certificate of fulfillment of CME requirements issued by your CME Administrator.)

未能符合中醫組根據《中醫藥條例》第 82 條訂定的進修中醫藥學規定。

have NOT complied with the CME requirements determined by the Practitioners Board under Section 82 of the Chinese Medicine Ordinance.

如未能符合進修要求，請述明原因及提交相關文件:

If you have not complied with the CME requirements, please state the reason(s) below and provide relevant supporting document(s) (if any):

(* 請在適當的方格內劃上✓號)

(* Please put a ✓ in the appropriate box)

丙部
Section C

聲明
Declaration

(只供內部填寫
official use only)

16-18

注意：以下部分，必須全部填妥。
Note: All parts below must be completed.

1. 本人現根據《中醫藥條例》第76(2)條，向中醫註冊主任呈交此申請表，申請將本人的執業證明書續期。

I hereby submit this application for renewal of my practising certificate to the Registrar of Chinese Medicine Practitioners in accordance with section 76(2) of the Chinese Medicine Ordinance.

2. 本人謹此聲明，就本人所知及所信，此申請表所提供的資料皆屬真實事實的全部。

I hereby declare that all the foregoing information in this application is FULL, COMPLETE and TRUE to the best of my knowledge and belief.

3. 本人授權中醫註冊主任、香港中醫藥管理委員會中醫組及其授權人士按其認為合適的方式核實此申請表所提供的資料及向有關組織或人士索取有關資料。

I hereby authorize the Registrar of Chinese Medicine Practitioners, the Chinese Medicine Practitioners Board of the Chinese Medicine Council and their authorized person(s) to verify the foregoing information in any manner as it deems fit and obtain relevant information from relevant organizations or persons.

4. 本人明白不能向中醫註冊主任、任何香港中醫藥管理委員會，其組及小組的成員或管委會秘書處任何職員提供利益，以獲得續領執業證明書。

I understand that I must not offer any advantage to the Registrar of Chinese Medicine Practitioners, any member of the Chinese Medicine Council and its boards and committees, or any staff of the Secretariat of the Council in order to obtain the renewal of my practising certificate.

日期(日/月/年)
Date(DD/MM/YY)

申請人簽署
Signature of Applicant

23-25

5. 本人明白所提交的個人資料將會用作執行《中醫藥條例》的條款。

I understand that my personal data given to the Chinese Medicine Practitioners Board are for the purposes of facilitating the provisions of the Chinese Medicine Ordinance (Cap. 549 Laws of Hong Kong).

6. 本人明白所提交的個人資料，主要供香港中醫藥管理委員會內部使用，但亦可能因以上第3段所列目的，向其他政府部門、中介機構或行政管理機構披露及核實有關資料；公眾人士可在憲報上刊登的註冊名單及香港中醫藥管理委員會互聯網網頁內查閱註冊中醫的姓名及地址。除此之外，其他個人資料只會在本人同意，或在《個人資料(私隱)條例》所容許下，向其他人士披露。

I understand that my personal data are mainly for use within the Chinese Medicine Council of Hong Kong but they may also be disclosed to or verified by other Government bureaux/departments, agencies or authorities for the purposes mentioned in paragraph (3), if required. Names and addresses of registered Chinese medicine practitioners will be published in the list of registered Chinese medicine practitioners in the Gazette and the website of the Chinese Medicine Council of Hong Kong for public access. Apart from the above, my other personal particulars and information will only be disclosed to parties where I have given consent to such disclosure or where such disclosure is permitted by the Personal Data (Privacy) Ordinance.

7. 本人明白根據《個人資料(私隱)條例》第18條及22條以及其附表1第6原則所述，本人有權查閱及修正個人資料，包括有權取得本人所提供的個人資料副本。但查閱資料時，可能要繳交費用。本人的個人資料如有任何更改，須儘快以書面通知香港中醫藥管理委員會秘書處。

I understand that I have the right of access and correction with respect to my personal data, as provided for in sections 18 and 22 and Principle 6 of Schedule 1 of the Personal Data (Privacy) Ordinance. My right of access includes the right to obtain a copy of my personal data which I have supplied. A fee may be imposed for complying with a data access request. If there is any amendment to my personal data, I shall notify the Secretariat of the Chinese Medicine Council of Hong Kong in writing as soon as possible.

日期(日/月/年)
Date(DD/MM/YY)

申請人簽署
Signature of Applicant

丙部(續) Section C (continue)	聲明 Declaration	(只供內部填寫 official use only)
19-20	<p>8. 本人謹此聲明，#自從本人已註冊成為註冊中醫以來 /自從本人的執業證明書上一次獲續期以來，</p> <p>I hereby declare that #since my registration as registered Chinese Medicine Practitioner / since the last renewal of my practising certificate,</p> <p>a) 本人 # 曾經 / 從未 在香港或其他地方被裁定犯有任何可處監禁的罪行*。</p> <p>I hereby declare that I # have / have not been convicted in Hong Kong or elsewhere of any offence punishable with imprisonment*.</p> <p>如曾被判定上述罪行，無論是否被判監禁或曾服刑，均須作出申報。請列明有關罪行的發生日期、地點、性質、判刑及案件編號。</p> <p>If you have been convicted of the above offence(s), irrespective of whether a sentence of imprisonment had been imposed or served, please give details on the date, place, nature and sentence of the offence and case reference number.</p> <hr/> <hr/>	
21-22	<p>b) 本人 # 曾經 / 從未 在香港或其他地方被裁定有專業上的失當行為。</p> <p>I # have / have not been found guilty in Hong Kong or elsewhere of misconduct in a professional respect.</p> <p>如曾被裁定有專業上的失當行為，請提供有關專業組織就有關失當行為發出的有關文件。</p> <p>If you have found guilty of misconduct, please provide the relevant documents issued by the professional bodies concerned.</p> <p>(註：申請人曾經被裁定有專業上失當行為是指曾經被香港中醫藥管理委員會中醫組、其他香港或以外地方的專業組織裁定犯有專業上失當行為。)</p> <p>(Remarks: Having been found guilty of misconduct in a professional respect means having been found guilty of misconduct in a professional respect by the Chinese Medicine Practitioners Board of the Chinese Medicine Council of Hong Kong or any other professional bodies in Hong Kong or elsewhere.)</p>	
26	<div data-bbox="220 1608 526 1989" style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>相片 Photo</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border-top: 1px solid black; width: 45%; text-align: center;"> <p>日期(日/月/年) Date (DD/MM/YY)</p> </div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 45%; text-align: center;"> <p>申請人簽署 Signature of Applicant</p> </div> </div>	

(# 將不適用者刪去)

(# Delete as inappropriate)

(* 可處監禁的罪行指有關罪行在當時的刑罰可達被處監禁，無論你當時是否被判處監禁)

(* An offence punishable with imprisonment means at the time of commission of the offence, the penalty of the offence could lead to imprisonment, irrespective of whether you were sentenced to imprisonment)

請在(丁部)認收信上填寫申請人姓名和地址。
Please fill in your name and address on the acknowledgement letter (section D).



丁部 認收信
Section D Acknowledgement letter

(只供內部填寫)

由申請人填寫

註冊中醫續領執業證明書申請表
(認收信)

姓名： _____

地址： _____

To be completed by the Applicant

**Acknowledgement of Receipt of
"Application Form for Renewal of
Practising Certificate of Registered Chinese
Medicine Practitioners"**

Name: _____

Address: _____

_____ 先生/太太/女士/小姐：

中醫註冊主任已收到你的續領執業證明書申請表。我們現正處理你的申請。如你的個人資料有任何更改或你有任何查詢，請與香港中醫藥管理委員會秘書處聯絡。

聯絡電話及地址如下：

電話：2121 1888

地址：香港灣仔皇后大道東 213 號

胡忠大廈 22 樓 2201 室

查詢時請說明你的註冊編號。

中醫註冊主任

(_____ 代行)

日期：

(Official use only)

Dear Mr/Mrs/Ms/Miss _____

The Registrar of Chinese Medicine Practitioners acknowledges receipt of your application for renewal of your practising certificate. We are processing your application. If there is any amendment to your personal particulars or if you have any enquiry, please contact the Secretariat of the Chinese Medicine Council. Contact telephone no. and address are as follows:

Enquiry Telephone No.: 2121 1888

Address: Room 2201, 22/F,

Wu Chung House,

213 Queen's Road East,

Wanchai, Hong Kong.

Please quote your registration no. when making enquiries.

(_____)

for Registrar of Chinese
Medicine Practitioners

Date :