

# 有限制註冊中醫 申請須知

香港中醫藥管理委員會中醫組

## 引言

根據《中醫藥條例》(香港法例第 549 章)第 83 條，如任何教育或科研機構擬聘用有下述情況的人士，主要為該機構進行中醫藥學方面的臨床教學或研究—

- (i) 該人並非經香港中醫藥管理委員會(管委會)中醫組(中醫組)註冊的註冊中醫；或
- (ii) 該人具有註冊資格，但在當時的情況下，如要該人根據《中醫藥條例》第 69 條取得註冊，並不切實可行，

則該機構可代表該人向中醫組，申請給予該人有限制註冊。

2. 有限制註冊申請須由中醫組於特區政府憲報內指定的機構提出。

### **申請人的資格**

3. 由中醫組於憲報內指定的機構(申請機構)代表提出該項申請的人士(申請人)，必須已圓滿地完成一項獲中醫組接納的中醫本科學位執業訓練課程或同等學歷，及具有足夠和有關聯的全職中醫執業經驗。

4. 申請人須提供客觀證據，以支持有關的執業、臨床教學或科研經驗。如有需要，中醫組可約見申請人，以核證他們的經驗。

### **有限制註冊申請的審核**

5. 根據《中醫藥條例》的規定，獲有限制註冊的人士只可在機構內進行指明的臨床教育或科研工作。申請機構須提交申請人在該機構的工作範圍、性質、所參與的臨床教學或科研詳

情，包括研究課題、教學課程、形式和內容等。中醫組會根據申請機構提交的各項資料，確定申請人在機構的工作是否屬於臨床教學或科研工作。如有需要，中醫組亦可派員到申請機構，審核有關的臨床教學或科研工作和機構的設施配套。

### **有限制註冊證明書**

6. 任何獲得中醫組批准的有限制註冊申請，申請人將獲註冊主任簽發一份有限制註冊證明書。

### **有限制註冊的限制**

7. 根據《中醫藥條例》第 86 條的規定，獲中醫組批准的有限制註冊有效期最長為一年。獲有限制註冊資格的人士，只可在指明的受僱機構內和中醫組指明的條件及限制(如有的話)下，進行獲指明的中醫藥學方面的臨床教學或研究工作。

### **非法使用名銜或作中醫執業**

8. 根據《中醫藥條例》第 108(4)條，如任何獲有限制註冊的人，故意或虛假地冒充為有資格在根據《中醫藥條例》第 85 及 86 條作出的指示中所界定的與該項註冊有關的限制範圍以外作中醫執業，或故意或虛假地採用或使用任何名稱、名銜、加稱或描述，以默示其有資格在根據《中醫藥條例》第 85 及 86 條作出的指示中所界定的與該項註冊有關的限制範圍以外作中醫執業，即屬犯罪，可處第 3 級罰款及監禁 6 個月。

## **有限制註冊申請程序**

### **申請方法**

9. 如希望代表擬聘用的人申請有限制註冊，申請機構須於聘用期前三個月，填妥夾附的申請表格，並連同以下項目，寄

交或於辦公時間內交回管委會秘書處：

- (i) 填寫妥當的申請表；
- (ii) 申請人的三張 40x60 毫米近照(即在提出申請前 6 個月內拍攝的照片)；
- (iii) 一張填寫了訂明的申請費用(港幣 1,100 元)的劃線支票或銀行本票，抬頭須註明「香港特別行政區政府」、「The Government of the Hong Kong Special Administrative Region」或“ The Government of the HKSAR”，並在背面寫上申請機構及申請人的姓名。申請一經處理，所繳交的申請費用概不發還；
- (iv) 該臨床教學或研究工作的資料及證明；
- (v) 申請人的學歷證明文件的核證真實副本；
- (vi) 申請人的執業證明文件的核證真實副本；
- (vii) 申請人在中醫藥學臨床教學或科研工作上的證明文件的核證真實副本。

10. 中醫組可要求申請機構及申請人，提交其他證明文件及上述文件的正本以供核對。

### **申請費用**

11. 有限制註冊的申請費用為港幣 1,100 元。

### **申請人須提交的學歷證明文件**

12. 申請人須提交的證明文件可包括有關中醫文憑、證明書、成績單及中醫組要求的其他證明文件。

### **申請人須提交的執業經驗證明文件**

13. 申請人在申請表內所填報的中醫執業經驗的證明文件

可包括：

- (i) 由僱用機構簽發的執業及年期證明；
- (ii) 工作證明書；
- (iii) 僱用證明書；
- (iv) 其他國家或地區的執業證明書；
- (v) 中醫組認為需要的其他資料。

### **將申請結果通知申請機構**

14. 秘書處會根據中醫組的決定，以書面通知申請機構其申請結果。若申請被拒絕，秘書處會通知申請機構其申請被拒絕的理由及提出上訴的權利和途徑。

### **虛假證明的提供**

15. 如提供虛假/誤導性的資料，申請人的註冊資格會被取消。另外，根據《中醫藥條例》第107條的規定，任何人藉作出或交出，或藉導致作出或導致交出，口頭或書面的任何虛假或有欺詐成分的申述或聲明而欺詐地促致或企圖促致其本人或任何其他人士，獲得註冊為有限制註冊中醫，即屬犯罪，一經循公訴程序定罪，可處監禁3年。

### **申請機構和申請人的資料**

16. 申請機構和申請人向中醫組提交的資料，主要由管委會內部使用，用作執行《中醫藥條例》的條款，或為執行《中醫藥條例》，向其他政府部門、中介機構或行政管理機構披露。公眾人士可在特區政府憲報內及管委會互聯網網頁上，查閱可提出有限制註冊申請的機構或獲有限制註冊的中醫的註冊資料，包括其姓名、地址及資格等。除此之外，其他資料只會在申請機構和申請人的同意，又或是在《個人資料(私隱)條例》

容許的情況下，才會向其他人士披露。

17. 申請機構/申請人可查閱及修改資料，但查閱資料時，可能要繳交費用。申請機構/申請人的機構或個人或註冊資料如有任何更改，須儘快以書面通知秘書處。

## 查詢

18. 如對有限制註冊事宜有任何查詢，請與香港中醫藥管理委員會秘書處職員聯絡。

### 地址

香港灣仔皇后大道東 213 號

胡忠大廈 22 樓

香港中醫藥管理委員會秘書處

### 電話

2121 1888

### 辦公時間

星期一至星期五：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

香港中醫藥管理委員會秘書處

二零一六年一月

# 填寫有限制註冊中醫申請表指引

填寫申請表前，必須先閱讀以下填表指引。

## 重要事項

1. 申請機構在遞交申請表時，須附有填寫了有限制註冊申請費用港幣1,100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”，並在背面寫上機構（申請機構）的名稱及擬聘用的中醫師（申請人）的姓名。請勿以現金繳交費用。
2. 申請人必須填寫E部的各項聲明。

## 一般事項

1. 請用黑色墨水筆或原子筆填寫各項。
2. 除註明外，請以正楷中文或英文填寫申請表格。
3. 申請機構或申請人如未能提供所需的所有資料，或所填寫的資料，未能清楚顯示申請人符合最基本的申請規定，申請將不獲受理。
4. 申請機構及申請人應保留一份填妥的申請表副本，以備參考。
5. 提交申請表後，如欲更改或查詢機構或中醫師的機構／個人資料，請與香港中醫藥管理委員會秘書處聯絡（電話：2121 1888）。
6. 如申請表空位不敷填寫，請另頁填寫，並在申請表有關部份註明。申請

機構的有關負責人／申請人須在該附頁上註明其姓名和簽署，然後將附頁釘附在申請表內。

7. 請在 B 部份的聘用期一欄，註明需聘用中醫師的時段，及在申請有限制註冊期一欄，註明此次申請有限制註冊的時段（申請期最長為一年）。



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

有限制註冊中醫申請(代表有關人士申請)

Application on behalf of a person for  
Registration as Chinese medicine practitioner  
with limited registration

香港法例第 549 章

《中醫藥條例》

第 83 條

CHINESE MEDICINE ORDINANCE (Cap. 549)

Sections 83



B 部份 Section B	工作的詳情 (由機構填寫) Details of the employment (to be completed by the institution)	(只供內部填寫 official use only)
職位名稱 Post title	_____ _____ (中文) (English)	
工作性質 Job nature	<input type="checkbox"/> 臨床教學 Clinical teaching <input type="checkbox"/> 臨床研究 Clinical research	
臨床教學 / 研究項目的名稱 Title of the clinical teaching / research programme	_____ _____ (中文) (English)	
臨床教學 / 研究項目的內容 Content of the clinical teaching / research programme	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
請詳述職位的職責及工作範圍、性質。 Please give details on the duties and responsibilities of the post.	_____ _____ _____ _____ _____	
平均每週工作時數 Working hours per week	_____ 小時 (包括臨床教學/科研工作) _____ 小時 _____ hours including clinical teaching / _____ hours _____ research _____	
進行臨床教學 / 研究的中英文地址 / 地點 Address / place where the clinical teaching / research is conducted (in both Chinese and English)	_____ _____ _____ _____ (中文) _____ _____ (English)	

如空位不敷填寫，請另頁詳列有關資料，並在申請表有關部份註明。申請機構的聯絡人須在該附頁上註明其姓名和簽署，然後將附頁釘夾在申請表內。

If there is insufficient space, please use a separate sheet and indicate in the relevant part of the application form. The contact person of the institution shall write his/her name and sign on the sheet and attach it to the application form.

<b>B 部份 (續)</b> Section B (Cont'd)	(只供內部填寫 official use only)
<b>完成臨床教學 / 研究項目的總時間</b> Total time required for completion of the clinical teaching / research programme  <hr/> <hr/>	
<b>聘用期</b> Duration of employment <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 至 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日                    月                    年                    To    日                    月                    年 Date                  Month                  Year                  Date                  Month                  Year  <b>申請有限制註冊期</b> Duration of application <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 至 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日                    月                    年                    To    日                    月                    年 Date                  Month                  Year                  Date                  Month                  Year	
<b>支持你聘用 C 部份所指的中醫師的原因</b> Reasons to support the employment of the Chinese medicine practitioner mentioned in Section C  <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>臨床教學 / 研究項目的負責部門及負責人 / 聯絡人</b> Department and person responsible for the clinical teaching / research programme  <b>負責部門：</b> _____ (中文)  Department responsible for the programme: _____ (English)  <b>負責人/聯絡人：</b> _____ (中文)  Contact person responsible for the programme: _____ (English)	

如空位不敷填寫，請另頁詳列有關資料，並在申請表有關部份註明。申請機構的聯絡人須在該附頁上註明其姓名和簽署，然後將附頁釘夾在申請表內。

If there is insufficient space, please use a separate sheet and indicate in the relevant part of the application form. The contact person of the institution shall write his/her name and sign on the sheet and attach it to the application form.



D 部份 中醫師的中醫資歷及工作經驗 (由中醫師填寫) Section D Chinese medicine practitioner's relevant qualifications and experience (to be completed by the Chinese medicine practitioner)					(只供內部填寫 official use only)	
中醫學歷 Academic attainment in Chinese medicine						
學歷 (請夾附成績單及文憑 / 學位副本) Academic attainment (Please attach copies of transcripts and diplomas) 請提供所獲 / 將獲取的學歷詳情 (按考獲資格的日期順序列出) Please provide details of academic qualifications obtained / to be obtained (in chronological order)						
頒發機構 Awarding institution	學院所屬 國家 Institution's country	學歷 Academic qualifications	主修科目 Major subjects	日期 (日/月/年) Date (DD/MM/YY)		修讀模式 (例如:全日,兼讀) Mode of Attendance (e.g. full-time, part-time)
				由 From	至 To	

如空位不敷填寫,請另頁詳列有關資料,並在申請表有關部份註明。申請人須在該附頁上註明其姓名和簽署,然後將附頁釘夾在申請表內。

If there is insufficient space, please use a separate sheet and indicate in the relevant part of the application form. Applicant shall write his/her name and sign on the sheet and attach it to the application form.

D 部份 (續) Section D (Cont'd)				(只供內部填寫 official use only)		
中醫執業 / 其他相關的工作經驗 Experience in Chinese medicine practice and other relevant working experience						
請順序列出 Please list working experience in chronological order						
機構名稱及地址 Name and address of institution	相關的工作經驗 Relevant working experience	期間 (月 / 年) Period (MM/YY)		年期 Years		
		由 From	至 To			

如空位不敷填寫，請另頁詳列有關資料，並在申請表有關部份註明。申請人須在該附頁上註明其姓名和簽署，然後將附頁釘夾在申請表內。

If there is insufficient space, please use a separate sheet and indicate in the relevant part of the application form. Applicant shall write his/her name and sign on the sheet and attach it to the application form.

<p>E 部份 聲明 (由中醫師填寫) Section E Declaration (to be completed by the Chinese medicine practitioner)</p>	<p>(只供內部填寫 official use only)</p>
<p>注意：以下部份，必須全部完成。 Note: The following parts must be completed.</p> <p>1. 本人謹此聲明 *曾有 / 沒有 在香港或其他地方被裁定犯任何可處監禁的罪行。 I hereby declare that I * <b>have / have not</b> been convicted in Hong Kong or elsewhere of any offence punishable with imprisonment.</p> <p>如經判定有罪，請列明該罪行的發生日期、地點、性質及判刑。 If convicted, please give details on the date, place, nature and sentence of the offence.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>2. 本人 *曾有 / 沒有 在香港或其他地方被裁定有專業上的失當行為。 I * <b>have / have not</b> been found guilty in Hong Kong or elsewhere of misconduct in a professional respect.</p> <p>如被裁定有專業上的失當行為，請列明該失當行為的發生日期、地點、性質及處分。 If yes, please give details on the date, place, nature and punishment of the record of misconduct.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

如空位不敷填寫，請另頁詳列有關資料，並在申請表有關部份註明。申請人須在該附頁上註明其姓名和簽署，然後將附頁釘夾在申請表內。

If there is insufficient space, please use a separate sheet and indicate in the relevant part of the application form. Applicant shall write his/her name and sign on the sheet and attach it to the application form.

(\*請刪去不適用者)

(\* Please delete as appropriate)



3. 本人謹此聲明，就本人所知及所信，此申請表的 C 至 E 部份所提供的資料皆屬真確事實的全部。

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

4. 本人授權香港中醫藥管理委員會中醫組按其認為合適的方式核實此申請表所提供的資料。

I authorize the Chinese Medicine Practitioners Board of the Chinese Medicine Council of Hong Kong to verify the foregoing information in any manner as it deems fit.

5. 本人明白根據《中醫藥條例》第 107 條的規定，任何人藉作出或交出，或藉導致作出或導致交出，口頭或書面的任何虛假或有欺詐成分的申述或聲明而欺詐地促致或企圖促致其本人或任何其他人士，獲得註冊為有限制註冊中醫，即屬犯罪，一經循公訴程序定罪，可處監禁 3 年。

I understand that according to Section 107 of the Chinese Medicine Ordinance, any person who fraudulently procures or attempts to procure himself or any other person to be registered as a registered Chinese medicine practitioner with limited registration, by making or producing, or causing to be made or produced, any false or fraudulent representations or declaration, either oral or in writing, commits an offence and is liable on conviction upon indictment to imprisonment for 3 years.

6. 本人明白所提交予香港中醫藥管理委員會中醫組的個人資料，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 of the Chinese Medicine Council of Hong Kong are for the purposes of facilitating the provisions of the Chinese Medicine Ordinance (Cap.549 Laws of Hong Kong.).

7. 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 6 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、有限制註冊註冊名冊及香港中醫藥管理委員會互聯網網頁內，查閱有限制註冊中醫的姓名、地址及資格。除此之外，其他個人資料祇會在本人同意，又或者《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 but they may also be disclosed to other Government branches / departments, agencies or authorities for the purposes mentioned in paragraph 6, if required. The public can access to the names, addresses and qualifications of registered Chinese medicine practitioners with limited registration published in the gazette or the Register of registered Chinese medicine practitioners with limited registration or the homepage of the Chinese Medicine Council of Hong Kong. Apart from this, 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 allowed under the Personal Data (Privacy) Ordinance.

8. 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，可能要徵收費用。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 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. A fee may be imposed for complying with a data access request. If there is any amendment to my personal data, I shall send it in writing to the Secretariat of the Chinese Medicine Council as soon as possible.

請在此貼上照片  
Affix one recent photo here

日期（日 / 月 / 年）  
Date (DD / MM / YY)

申請人簽署  
Signature of Applicant

（由機構填寫）

(to be completed by the institution)

A 至 B 部份所申報的各項資料均屬正確及詳盡。C 至 E 部份所申報的資料，據本機構所知所信，均屬正確及詳盡。

(只供內部填寫  
official use only)

The information given in Sections A to B is correct and complete. According to the knowledge and belief of this institution, the information given in Sections C to E is correct and complete.

獲授權人士姓名

職位

Name of Authorized Person

Designation

獲授權人士簽署

Authorized signature

日期

Date

機構蓋章

Stamp of Institution

請在（F部）認收信上填寫聘用機構聯絡人姓名及地址。  
Please fill in the name of contact person and address of the institution  
in the acknowledgement letter (Section F).



由聘用機構填寫

有限制註冊中醫申請表認收信

姓名： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Filled by the institution

Acknowledge letter of application on behalf of a person for  
registration as Chinese medicine practitioner  
with limited registration

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

只供內部填寫

\_\_\_\_\_ (聘用機構聯絡人)：

香港中醫藥管理委員會中醫組已收到你的有限制註冊中醫申請表。你的申請編號是\_\_\_\_\_。中醫組現正處理你的申請。如聘用機構或申請人的機構/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

香港中醫藥管理委員會秘書處

聯絡時請註明你的有限制註冊中醫編號。

(Official use only)

Dear \_\_\_\_\_,

The Practitioners Board of the Chinese Medicine Council of Hong Kong acknowledges receipt of your application on behalf of a person for registration as Chinese medicine practitioner with limited registration. Your application number is\_\_\_\_\_. Your application is being processed. If there is any amendment on the details of your institution or personal particulars of the Chinese medicine practitioner, or you have any enquiry, please contact the Secretariat of the Chinese Medicine Council.

Enquiry No.: 2121 1888

Address: Chinese Medicine Council of Hong Kong  
22/F Wu Chung House,  
213 Queen's Road East,  
Wanchai, Hong Kong

Please quote your application no. for enquiry.