

香港護士管理局

根據香港法例第 164 章《護士註冊條例》提出的有限度註冊／登記申請(精神科)
(適用於在香港以外地方受訓護士)

在香港以外地方的註冊／登記核實證明

致： 香港灣仔
皇后大道東 182 號
順豐國際中心 1 樓
香港護士管理局秘書

電郵：nc@dh.gov.hk

申請人須知

請轉交本表格予向你發出在香港以外地方的護士註冊／登記證明書的註冊機構填寫。該等機構或會就此徵收費用。

由註冊機構人員填寫 (請以正楷填寫)

請填寫本核實證明書，以確認發件人的護士註冊／登記詳情，並於下文所示的適當位置蓋上 貴註冊機構的正式印章。請將填妥的核實證明表格放入 貴註冊機構的正式信封內加以密封或透過 貴註冊機構的官方電郵帳戶，並按上述地址直接送交香港護士管理局辦理，否則文件將被視作無效。

護士姓名：_____

出生日期 (年／月／日)：_____ 性別：男／女[^]

註冊機構名稱：_____

註冊機構地址：_____

註冊／登記[^]編號：_____

首次註冊／登記[^]日期 (年／月／日)：_____

執業證明書的有效日期 (年／月／日)：_____

獲准註冊／登記[^]的部分 (如適用)：_____

本人證實，上述護士的註冊／登記[^]現時有效／無效[^]。

如申請人的註冊／登記[^]資格現時無效，請列明原因：_____

[^] 請刪去不適用者。

請就上述申請人的註冊／登記狀況提供下列資料：

	如下列任何一條問題的答案為「是」，請附上解釋。	是	否
1.	申請人是否曾在你的或任何其他司法管轄區申請註冊／登記 [^] 為護士，以在當地執業，但遭拒絕？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	申請人的註冊／登記 [^] 是否曾被撤銷、暫時吊銷、放棄、受限制或須符合個別條款及條件？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	申請人的註冊／登記 [^] 現時是否附帶條件或帶有限制？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	在你的或任何其他司法管轄區，申請人是否曾被裁定犯了不專業行為？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	是否有針對申請人並與護理工作有關的任何刑事檢控程序在進行中？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	以你所知，現時在你的或任何其他司法管轄區是否有針對申請人的刑事檢控程序在進行中，或申請人曾被裁定犯了可判處監禁的罪行？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



簽署：

全名：

(請以正楷填寫)

在註冊機構所

擔任的職位：

日期 (年／月／日)：

請於上列所示位置蓋上註冊機構的正式印章。