

醫務衛生局中醫藥處
中醫藥發展交流會
(第四場：中醫藥產業發展)

回條

(請於 2024 年 3 月 27 日或之前電郵至 cmu@healthbureau.gov.hk)

本機構欲派以下代表／本人#欲報名參加中醫藥發展交流會：

主題： **中醫藥產業發展**
日期： **2024 年 4 月 9 日 (星期二)**
時間： 下午 4 時至 6 時
模式： 線上會議模式 (Zoom)

本機構／本人# 的工作與中醫藥專業／業務相關：* 是 (請勾選下表) 否

所屬的中醫藥相關專業 (可選多項*)：

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 中醫師 | <input type="checkbox"/> 中藥從業員 | <input type="checkbox"/> 中成藥製造商 |
| <input type="checkbox"/> 中成藥批發商 | <input type="checkbox"/> 中藥材零售商 | <input type="checkbox"/> 中藥材批發商 |
| <input type="checkbox"/> 大專院校中醫藥學院 | <input type="checkbox"/> 中醫藥相關檢測機構 | <input type="checkbox"/> 中醫藥相關科研機構 |
| <input type="checkbox"/> 中醫藥相關商會／協會／學會／校友會 | <input type="checkbox"/> 其他 (請註明：_____) | |

本機構／本人# 同意醫務衛生局中醫藥處日後可按照本機構在此回條提供的聯絡資料發放中醫藥界相關信息或資訊：* 同意 不同意

	姓名及稱謂	職銜 (如適用)	電郵	是否同意醫務衛生局中醫藥處日後可發放中醫藥界相關信息或資訊*
1.	先生／女士#			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
2.	先生／女士#			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
3.	先生／女士#			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意

機構中文名稱 (如適用)： _____

聯絡人姓名及稱謂： _____ 先生／女士#

職銜 (如適用)： _____

聯絡電話： _____

電郵： _____

日期： _____

*請在適當的方格劃上「✓」號

#請刪去不適用者

個人資料收集聲明

1. 醫務衛生局尊重個人資料私隱，並且全力執行及遵行保障資料原則，以及《個人資料 (私隱) 條例》的相關規定。
2. 市民就本交流會提出意見時，是否提供其個人資料，純屬自願性質。任何連同報名表格所提供的個人資料，只會作是次交流會之用。收集所得的表格及個人資料，或會轉交有關的政府決策局、部門或機構，以作直接與是次交流會工作有關的用途。獲取資料的各方，其後亦只可把資料用於這些用途。
3. 醫務衛生局與其他人士討論時或在其後發表的任何報告中，不論是私下還是公開的形式，都可能會引述就本交流會文件提出的意見。我們尊重提交意見者把姓名／名稱及／或其全部或部分意見保密的意願，不過，如無事先說明，我們會假定可以公開其姓名／名稱，以及把其意見披露或發表，供公眾參閱。
4. 任何曾在交流會過程中向醫務衛生局提供個人資料的提交意見者，都有權查閱和更正這些個人資料。如擬查閱或更正個人資料，請以書面形式向醫務衛生局提出。