



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
行政公職局
Direcção dos Serviços de Administração e Função Pública

來函編號
Sua referência

來函日期
Sua comunicação de

發函編號
Nossa referência

澳門郵政信箱 463 號
C. Postal 463 - Macau

0170/SAFP-DRTSP-DERP/OFC/2025

事由：
Assunto

關於卓智醫院《就診證明書》樣式
Modelo da declaração de consulta médica de “iRAD Hospital”

茲收到衛生局來函，要求本局向公共部門及實體轉達以下訊息：

根據第22/99/M號法令《設立對設有住院部及手術後復甦室之私人衛生單位發出執照及監察之新制度》的規定，衛生局於2025年9月10日向卓智醫院發出私人衛生單位（俗稱“醫院”）的准照及執照¹。隨函轉送該院的《就診證明書》樣式。

如有任何疑問或查詢，請致電衛生局醫務活動牌照處28713734或28713735與涂先生聯絡。

肅此，順頌
台祺

¹ 有關許可批示已於2025年9月17日刊登《澳門特別行政區公報》（卓智醫院准照及執照編號為005）。



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
行政公職局
Direcção dos Serviços de Administração e Função Pública

頁編號 2
Pág. n.º
公函編號 0170/SAFP-DRTSP-
Of. n.º DERF/OFC/2025
日期：請見電子簽名上所載的日期
Data Vide a data da assinatura
electrónica

Em resposta à solicitação dos Serviços de Saúde, esta Direcção transmite aos serviços e entidades públicos o seguinte:

Nos termos do Decreto-Lei n.º 22/99/M (Estabelece o novo regime do licenciamento e da fiscalização das unidades privadas de saúde com internamento e sala de recobro), em 10 de Setembro de 2025, os Serviços de Saúde emitiram ao “iRAD Hospital” a licença e o alvará da unidade privada de saúde (vulgarmente designada por “hospital”) ². Junto se envia em anexo o modelo da “Declaração de consulta médica” do referido hospital.

Para quaisquer esclarecimentos adicionais, queira contactar o Sr. Tou da Divisão de Licenciamento para o Exercício de Actividades de Saúde dos Serviços de Saúde, através do número de telefone 28713734 ou 28713735.

Com os melhores cumprimentos.

局長 梁穎妍

A Directora, Leong Weng In

Weng In LEONG

Assinatura

梁穎妍

digital

2025.11.11

18:15:50 +0800

附件：卓智醫院《就診證明書》樣式

Anexo: Modelo da declaração de consulta médica do “iRAD Hospital”

/kf

² O despacho de autorização foi publicado no Boletim Oficial da Região Administrativa Especial de Macau em 17 de Setembro de 2025 (o “iRAD Hospital” possui a licença n.º 005 e o alvará n.º 005).

Consultation Certificate
就診證明書

This is to certify that茲證明如下:

Patient Name患者姓名: 陳大文 CHAN TAI MAN

ID Number證件編號: 1234567(8)

Consultation Date就診日期: 2025/09/30

Consultation Type就診方式: Medical Consultation求診

Registration Time報到時間: 2025/09/30 2:30pm

Departure Time離開時間: 2025/09/30 3:30pm

Remarks註明:

Accompanying Person陪同人: 張小靜 CHEONG SIO CHENG

ID Number證件編號: 8765432(1)

Relationship with Patient與患者關係: Spouse夫妻

Staff Name職員姓名: XXXXXX

Staff Signature職員簽署: _____

Date of Issue簽發日期: _____



(Hospital Chop醫院蓋章)