

宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院

委託申請同意書

申請日期： 年 月 日

茲因患者_____無法前往貴院申請病歷及其相關資料影本或診斷書等，同意委託代理人_____先生 / 女士前往申請影本或以手機、相機翻拍病歷。此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任，若發生任何問題，概與貴院無關，恐口說無憑，特立此同意書。

申請用途：1. 轉診 2. 出國 3. 參考 4. 保險 5. 兵役 6. 移民
7. 訴訟 8. 補助 9. 其他

申請資料期間：_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止

申請資料內容：1. 病歷影本 2. 檢驗(查)報告 3. 拷貝X 光影像
4. 其他_____

立同意書人姓名：_____簽章 受委託人姓名：_____簽章

身份證字號：_____ 身份證字號：_____

地址：_____ 地址：_____

聯絡電話：_____ 聯絡電話：_____

備註：★請攜帶患者本人身份證明文件及受託人之身份證正本★

立同意書人及受託人身份證影本黏貼處(請浮貼)

刻章：「僅供申請影印病歷資料用」