

開具及影印病歷資料委託同意書

病歷號：

本人 \_\_\_\_\_ 身分證字號 \_\_\_\_\_

茲因 \_\_\_\_\_ (事由) 之需要，

同意由代理人 \_\_\_\_\_ (與本人關係： \_\_\_\_\_) 向澄清復健醫院申請

開具診斷證明書

開具病歷摘要

影印本人之病歷資料 (如申請書所勾選之資料項目及範圍)。

委託人 (本人或其法定代理人) 姓名： \_\_\_\_\_ (親自簽章)

代理人簽章：

委託日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

證件影本黏貼處

委託人

Empty dashed box for attaching the principal's documents.

Empty dashed box for attaching the principal's documents.

代理人

Empty dashed box for attaching the agent's documents.

Empty dashed box for attaching the agent's documents.