

志誠醫院

病歷資料申請委託書

立委託書人_____ 因故不克親自前往志誠醫院申請：診斷證明書

醫療費用證明書 檢驗(檢查)報告單影本 病歷摘要影本 病歷複製影本

其他_____， 同意委託_____先生/女士

持本人身分證正本，全權代理本人辦理申請事宜，此代理行為視同委託人行為，若有不實或事後異議，所衍生之民、刑事、行政責任，將由委託人承擔一切法律責。

此致 志誠醫院

委託人姓名(簽章)：_____ 身分證號：_____

委託人電話：_____

委託人地址：_____

委託日期：中華民國 年 月 日

代理人確實經委託人（病人或未成年病人之法定代理人）授權代辦申請上開資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並願賠償志誠醫院因此所衍生之一切損失。（請攜帶雙方身份證正本）

代理人姓名(簽章)：_____ 身分證號：_____

與委託人關係：_____ 代理人電話：_____

代理人地址：_____

申請日期：中華民國 年 月 日