



惠來醫療社團法人宏仁醫院

病歷資料複印申請單暨委託同意書

109.10修訂

病人姓名		出生日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號	
病歷號		聯絡電話	()		
聯絡地址					
申請科別		使用目的	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 移民 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 其他_____		
申請期間	年 月 日至 年 月 日			份數	份
申請內容	<input type="checkbox"/> 出院病摘 <input type="checkbox"/> 門診病歷 <input type="checkbox"/> 檢驗(查)報告 <input type="checkbox"/> 其他:				
領收人簽名		領取日期	年 月 日		
應附證件	1. 病人戶口名簿或身分證正本 2. 代理人身分證明文件正本 3. 病人委託書				

當事人委託書

本人_____ (病人或其法定代理人)，因故無法親自前往，特委託_____ (與本人關係：_____) 向 貴院提出病歷資料申請，此代理行為視同本人行為。

如代理人有逾越授權申請資料之範圍或將申請之資料作為它用時，代理人願依法負責。此致惠來醫療社團法人宏仁醫院。

委託人：_____ [簽章]

註：立同意書人需親自簽名或蓋章，若蓋手印需有兩人見證使生效力。

被委託人：_____ [簽章] 電話：_____

地址：

授權日期 年 月 日

證件影本浮貼處(申請時需浮貼本人或代理人證件影本)