

病歷影印當事人委託書

本人茲因 (事由) 之需要，同意由代理人 (與本人關係：)，向臺北醫學大學·部立雙和醫院申請病歷資料影本，請求提供 年 月至 年 月之資料(如申請書所勾選之資料項目及範圍)，作為 _____ 之用。如代理人有逾越授權申請資料之範圍，若將申請之資料作為它用時，由代理人依法負責。資料影本(需要 不需要)請臺北醫學大學·部立雙和醫院以雙掛號副知本人，申請資料及郵資費用由代理人支付臺北醫學大學·部立雙和醫院。

授權人(病人或其法定代理人)姓名 (親自簽章)

授權日期 年 月 日

代理人簽章

- 檢附證件：1.病人(或其法定代理人) 身份證明文件正本
2.代理人身份證明文件正本
3.身份證明文件係指距清晰照片可供辨識及身份證字號之證件，順位為身份證/外籍護照、健保卡、駕照