

病歷資料影印申請聲明書

本人（聲明人，以下稱本人）身分證字號_____因_____

之目的，需申請病人_____身分證字號_____之

診斷證明書檢驗（查）報告出院病歷摘要門急診資料，申請區間 年 月 日至 年 月 日病歷資料。

病人因重症昏迷死亡，故由本人向貴院申請及領取上揭資料，以上所述，均屬事實。如本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，由本人依法負責。

本人同意提供本人身分證正本供 貴院影印留存，並由本人領取病人病歷複印本，若非本人領取則另行簽具委託書委託第三人，並出具第三人身分證正本供 貴院查驗影印留存後領取病人病歷複印本。

此致

臺北醫學大學・部立雙和醫院

聲明人簽章：

聲明人身分證字號：

聲明人住址：

與病人關係：

中華民國 年 月 日