

患者委託同意書

病歷號碼： _____ 年齡： _____
姓名： _____ 男 女
床號： _____ 健保 一般

* 請委託人或直系親屬親自填寫 *

茲因病人 _____ 未能親自前往貴院申辦，診斷書、報告影本、病歷摘要影本、複製檢查影像報告，委託法定代理人 _____ 先生或者女士前往洽辦，若有不當情形發生時，均與貴院無關，恐口無憑，特立此委託書為據。

* 請攜帶患者本人及受委託者之身分證正本及印章 *

此 致

秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院

立同意書人姓名： _____ 簽章

身分證字號： _____

住 址： _____

受委託人： _____ 簽章

身分證字號： _____

住 址： _____

電 話： _____

與病人之關係： _____

日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意書
課書
人員
粘貼
書須
將此
表單
粘貼
於各
類

