

佛教慈濟醫療財團法人斗六慈濟醫院

委 託 書

(※ 當事者親自到院申請免填)

本人申請病歷資料，因故無法親自前往辦理，特委託 _____ 代為辦理。

此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

此致 佛教慈濟醫療財團法人六慈濟醫院

委託人： _____ (簽名或蓋章) 聯絡電話： _____

被委託人： _____ (簽名或蓋章) 關係 _____

聯絡電話： _____

授權日期： 年 月 日

請黏貼委託人身分證影本正面	請黏貼委託人身分證影本反面
請黏貼被委託人身分證影本正面	請黏貼被委託人身分證影本反面

※委託人、受委託人請務必攜帶雙方身份證件正本供查核