

病歷資料影印申請委託同意書

本人茲因_____（事由）之需要，同意由代理人_____（與本人關係：_____），向臺北市立萬芳醫院申請病歷資料影印，請求提供民國__年__月至民國__年__月之資料（如申請書所勾選之資料項目及範圍），作為_____之用。此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。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。

授權人（病人或其法定代理人）姓名：_____（親自簽章）

身分證字號：_____

代理人簽章：_____

身分證字號：_____

授權日期：民國__年__月__日

※本代理人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴院衍生之損失。

證件影本粘貼處(非病人申請時需粘貼病人及代理人證件影本)