

馬偕紀念醫院/馬偕兒童醫院 病歷資料影本(☐申請 ☐領件)委託同意書

本人_____ (☐病人 ☐法定代理人 ☐具繼承權者) 因故無法親自至 貴院申請/領取
病人_____ (姓名) _____ (國民身分證統一編號) _____ (病歷號碼)
之病歷資料，因此同意授權_____ (被委託代理人) 先生/女士代為前往 貴院申請/領
取病歷資料。此代理行為視同本人行為並由本人承擔一切相關法律責任，懇請 貴院惠予協助。

此致 台灣基督長老教會 馬偕紀念醫院
馬偕醫療財團法人

立委託書人：_____ (簽章) 國民身分證統一編號：_____

被委託書人：_____ (簽章) 國民身分證統一編號：_____

與立委託書人的關係：_____

本被委託書人確實經委託人授權代辦申請/領取資料，如有虛假、偽冒，願自負相關法律責任，
並賠償 貴院衍生之損失。

中 華 民 國_____年_____月_____日 (自授權日起之三個月內有效)

馬偕紀念醫院/馬偕兒童醫院 病歷資料影本(☐申請 ☐領件)委託同意書

本人_____ (☐病人 ☐法定代理人 ☐具繼承權者) 因故無法親自至 貴院申請/領取
病人_____ (姓名) _____ (國民身分證統一編號) _____ (病歷號碼)
之病歷資料，因此同意授權_____ (被委託代理人) 先生/女士代為前往 貴院申請/領
取病歷資料。此代理行為視同本人行為並由本人承擔一切相關法律責任，懇請 貴院惠予協助。

此致 台灣基督長老教會 馬偕紀念醫院
馬偕醫療財團法人

立委託書人：_____ (簽章) 國民身分證統一編號：_____

被委託書人：_____ (簽章) 國民身分證統一編號：_____

與立委託書人的關係：_____

本被委託書人確實經委託人授權代辦申請/領取資料，如有虛假、偽冒，願自負相關法律責任，
並賠償 貴院衍生之損失。

中 華 民 國_____年_____月_____日 (自授權日起之三個月內有效)