馬偕紀念醫院

(25160)新北市淡水區民生路 45 號

MACKAY MEMORIAL HOSPITAL

TEL: (02) 28094661#2482 FAX: 28093385

2023.04.07

病理組織蠟塊領出委託授權書

本人	曾於民國	年		_月間 於	馬偕絲	己念醫院			
診療並存有 □病理組織蛸	巤塊 □組織染力	片 □其位	也:	於貴門	完。因	本人			
□疾病治療或 □主治醫	師研究 □其化	<u>b</u> :	之常	言求,請允	許領出	出本人之			
病理組織蠟塊/染片/其他	三以	備後續之	_用途。						
本人特委託	至貴院完	已成領出	組織蠟塊	/染片/其他	:	事			
宜,敬請貴院病理科允予	與協助。此組織	域蠟塊/染	片/其他:		領出責	貴院後,			
本人自行承擔所有後續相	關問題,特立」	比書面聲	明以示負	責。謝謝	!				
身份證字	號:								
病歷號	碼:								
病理編	號:								
本人(請帶身分證.	正本以供查驗)	(簽名卓	具蓋章):						
受委託人(請帶委託人與受委託人身分證正本以供查驗):									
		與本人	.關係:						
電話:									
		地址:							
				————	——— 月	п			
	. 6.15		1/1/	'	-	日			
文件編號			機密等級	生效日	版本	頁次			
MMH-DMS-4-3582-006-3-F									

行政組病理組織蠟塊領出委託授權書(國外)

本人身分證正面	本人身分證背面			
受委託人身分證正面	受委託人身分證背面			

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-006-3-F	ήЛ	2023.04.07	02	2/2
行政組病理組織蠟塊領出委託授權書(國外)	一般			