

員 榮 醫 院 委 託 書

本人(病人)： _____ 君

病歷號碼：

身分證字號：

出生日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話或手機：

住址：

本人(病人)曾於貴院治療，茲因有事不便親自前往員榮醫院，經本人同意，且委託 _____ 君至員榮醫療社團法人員榮醫院代為辦理，請醫院協助該員，提供有關本人就醫相關資料：

診斷書 收據 其他(_____)

本人願意負擔所有法律責任，在此特於證明，毋任感荷。

委託人(病人)： _____ 簽章

受 託 人 ： _____ 簽章

受託人聯絡電話：

與病人關係：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：請攜帶委託人(病人)與受託人雙方身份證(戶口名簿)和印章，

以便核對身份。