



醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院
KOO FOUNDATION SUN YAT-SEN CANCER CENTER

姓名：
出生日期：
性別：
身分證號：
病歷號碼：

病歷資料影印暨影像複製申請病人委託同意書

本人_____，茲因_____（事由）_____

之需要，同意由代理人_____君，於公元20__年__月__日

前往和信治癌中心醫院複印病歷/影像資料。此代理行為視同本人行為，並由

本人承擔一切責任。

立同意書人：_____（簽章） 身分證字號：_____

聯絡電話：_____ 日期：公元20__年__月__日

代理申請人：_____（簽章） 身分證字號：_____

與病人關係：_____

聯絡電話：_____ 日期：公元20__年__月__日