委託同意書
委託人_____（□病人本人□法定代理人□具繼承權者），因確實無法親自至貴院申請病人之病歷複製或診斷證明書，授權代理申請人_____向貴院申辦資料範圍如上述填寫項目， 如有虛偽或不法情事，願負一切法律責任，並賠償 貴院因此所受之損害。 此致 沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院 委託人/法定代理人：_____(簽章) 聯絡電話：_____ 代 理 申 請 人：_____(簽章) 聯絡電話：_____

沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院

◎ 注意事項：

委託代理申請人取件時應檢具：

1. 病人身分證正本 2. 委託同意書 3. 代理申請人身分證正本