



病歷影印申請委託同意書

本人_____因無法親自至安泰醫院申請病歷資料影本，故同意_____（先生/女士/機關）身分證字號：_____代為申請上述資料，此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。填具之內容同意由安泰醫療社團法人基於健康管理、醫療作業及其他合於醫療機構開業登記項目之特定目的，蒐集、處理、利用及保存。

立同意書人（病患）：

（簽章）身分證字號：

病歷號碼：

聯絡電話：

本代理人確實經委託人授權代辦本項業務，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並願賠償安泰醫院因此所衍生之一切損失。

代理人：

（簽章）身份證字號：

聯絡電話：

與病患之關係：

通訊地址：

委託書、（代理人身分證件影本）黏貼處
