

## 病歷資料影印申請委託同意書

本人茲因\_\_\_\_\_（事由）之需要，

同意由代理人\_\_\_\_\_（與本人關係：\_\_\_\_\_），

向**臺北市立萬芳醫院**申請病歷資料影印，請求提供民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月至  
民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月之資料（如申請書所勾選之資料項目及範圍），

作為\_\_\_\_\_之用。

此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

如代理人有任何逾越授權目的或範圍之行為，由本人及代理人負責理  
清，概與貴院無涉。

授權人（病人或其法定代理人）姓名：\_\_\_\_\_（親自簽章）

身分證字號：\_\_\_\_\_

代理人簽章：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

授權日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※本代理人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，  
並賠償貴院衍生之損失。