

申請日期： 年 月 日

病人姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	身分證字號	病歷號碼
聯絡地址	縣 鄉鎮 村 街 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 路			
聯絡電話	日 () 夜 () 行動電話：			
受託人(申請人)姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	身分證字號	與病人關係
聯絡地址	縣 鄉鎮 村 街 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 路			
聯絡電話	日 () 夜 () 行動電話：			
申請內容	範圍		※為保護病患隱私，申請病歷資料複製，請備妥相關文件： 1. 本人申請請備妥身分證明文件。 2. 當事人無法親自辦理時，可委託代理人，請填妥本申請書暨委託書內容，並備妥當事人及受託人身分證明文件，當事人與受託人皆需簽名蓋章，以示負責。 3. 當事人若為未成年者，可由直系親屬或法定代理人憑身分證件及戶口名簿代為申請，並須填寫申請人之資料於申請單上，不需再填委託書。	
<input type="checkbox"/> 一般診斷書_____份				
<input type="checkbox"/> 英文診斷書_____份				
<input type="checkbox"/> 出生證明_____份				
<input type="checkbox"/> 影印病歷_____份				
<input type="checkbox"/> 產程紀錄_____份				
<input type="checkbox"/> 門診病歷單張_____份				
<input type="checkbox"/> 檢驗報告單張_____份				
<input type="checkbox"/> 其他_____，_____份				
委 託 書				
立委託書人_____君，因確實無法親自辦理病歷資料申請，特委託_____君（與本人關係：_____），代為向貴院申辦，申辦資料範圍包括如上填寫之項目，如因出具病歷資料或相關證明文件，而發生問題造成漢銘醫院之損失，全由立同意書人負責。				
此致 漢銘醫院				
委託人：		(簽名蓋章) / 日期：_____年_____月_____日		
受託人/申請人：		(簽名蓋章) / 日期：_____年_____月_____日		
本院受理人員：		本院受理日期：_____年_____月_____日		