



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，於西元\_\_\_\_\_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：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：20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日