**委 託 書**

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(正楷姓名)，茲因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_不克親自至貴院辦理□申請診斷證明書文件/□看門診/聽取檢查報告/□醫療諮詢/□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(具體說明)之事務或申請辦理，故委託\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(正楷姓名)於西元＿＿年＿＿月＿＿日代理前述委託事項處理，併此了解及同意此代理行為將視同本人行為，法律效果直接歸屬於本人。

此致 醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院

**委託人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（簽章）**

身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(請備身分證影本)

聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

簽署日期：西元＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

**受委託人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（簽章）**

身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(請備身分證影本)

聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

簽署日期：西元＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日