

 天主教中華聖母修女會醫療財團法人

天主教聖馬爾定醫院

病 患 委 託 書

立委託人_____因確實無法親自前往 貴院，特委託

_____先生/女士代為向 貴院辦理補發 診斷書
 醫療收據，

如受託人逾越授權申請之範，或將申請之資料作為他用時，由受託人依法負責。

此 致 天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院

立委託書人： (親自簽章)

身分證字號：

聯絡電話：

受 託 人： (親自簽章)

身分證字號：

聯絡電話：

與病人關係：

授權日期： 年 月 日