



病 歷 資 料 申 請 委 託 書

Medical Document Application Form

Letter of Attorney

本人 無法親自到院申請特委託 先生/女士 代為申請所需資料。

I, \_\_\_\_\_, am unable to present the application in person, and have commissioned Mr./Ms. \_\_\_\_\_ on my behalf to acquire as my agent to act for the necessary document.

- 乙種診斷證明書(Type B Medical Certification)       病歷摘要(Medical Records Summary)  
 病歷內容(Copy of Medical Record)       其他(Others) \_\_\_\_\_  
 (約 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 科別      主治醫師 \_\_\_\_\_ 之門/住診資料)  
 (About \_\_\_\_\_ Year/ \_\_\_\_\_ Month/ \_\_\_\_\_ Day Speciality)      Dr. \_\_\_\_\_ OPD/Admission Document

X光片 X-ray (光碟片 VCD傳統 X光片 Film)  
 (約 About \_\_\_\_\_ 年 Year/ \_\_\_\_\_ 月 Month/ \_\_\_\_\_ 日 Day 科別 Speciality : \_\_\_\_\_ )

此致 佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

The above statement is addressed to TAIPEI TZU CHI HOSPITAL BUDDHIST TZU CHI MEDICAL FOUNDATION.

委託人(Name of Client) : \_\_\_\_\_ (簽章 signature) 受委託人(Name of Agent) : \_\_\_\_\_ (簽章 signature )  
 身分證字號(ID No.) : \_\_\_\_\_ 身分證字號(ID No.) : \_\_\_\_\_  
 連絡電話(Phone No.) : \_\_\_\_\_ 連絡電話(Phone No.) : \_\_\_\_\_  
 與委託人之關係 : \_\_\_\_\_  
 (Relationship with the Client)

<p>委託人身分證 正面影本</p> <p>the Front Copy of the Client's ID Certificate</p>	<p>被委託人身分證 正面影本</p> <p>the Front Copy of the Agent's ID Certificate</p>
<p>委託人身分證 反面影本</p> <p>the Front Copy of the Client's ID Certificate</p>	<p>被委託人身分證 反面影本</p> <p>the Back Copy of the Agent's ID Certificate</p>

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 Date \_\_\_\_\_ Year/ \_\_\_\_\_ Month/ \_\_\_\_\_ Day

若有疑問請洽台北慈濟醫院【診斷書櫃台】，電話02-66289779分機5814  
 If you have any questions, please contact "Obtaining Medical Related Document" Counter.  
 TEL : 02-66289779 EXT : 5814