



**※申請注意事項：**

- (1)本人僅此聲明本次申請/委託申請屬實，爾後如有不實作為而衍生之違法情事，本人願負完全法律責任，絕無異議，另附上身份證明文件影本為憑。
- (2)本代理申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴院衍生之損失。

**※若有疑問請洽電話：03-8561825 轉 13237 、 13358**

**※收費規定：申請病歷資料複製，除須繳交「病歷複製基本費」外，影印每張加收 5 元。**

申請人/委託人(病人)： 身分證字號： 聯絡電話：	(簽名蓋章)	聯絡地址：
受託人(代理人)： 身分證字號： 與委託人(病人)關係：	(簽名蓋章)	聯絡電話： 聯絡地址：

**身分證明文件(影本黏貼處)僅供身份核對用**

申請人身分證影本(正面)	申請人身分證影本(反面)
受託人身分證影本(正面)	受託人身分證影本(反面)

領取人簽名：

領取日期及時間： 年 月 日 點 分

E6C0022062-07