* **天主教中華聖馬修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院**

**X光影像拷貝申請委託書**

委託人 **，**因無法親自至 貴院申請x光影像拷貝之業務，茲委託(先生／女士) 代為申辦，如有不實、虛假、偽冒或委託人事後異議，所衍生之民、刑事、行政責任，皆由受委託人承擔，與 貴院無涉，並願賠償 貴院因此所衍生之損失。

此致

**委託人： （親自簽名）**

**身份證號碼：**

**聯絡電話：**

**受委託人： （親自簽名）**

**身份證字號：**

**聯絡電話：**

**與委託人之關係：**

授權日期 年 月 日