

 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