



病 歷 資 料 申 請 暨 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
至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Speciality _____ Dr. _____ OPD/Admission Document

X 光片 X-ray (光碟片 VCD 傳統 X 光片 Film) 院區 玉里 花蓮 其他 _____
約 About _____ 年 Year/ _____ 月 Month/ _____ 日 Day 科別 Speciality: _____

此致 佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院

The above statement is addressed to YULI_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)

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

二〇一四年第二次病歷管理委員會審核通過

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Date: Year/ _____ Month/ _____ Day _____

若有疑問請洽玉里慈濟醫院【診斷書櫃台】，電話: 03-8882718 分機: 112

If you have any questions, please contact "Obtaining Medical Related Document" Counter. TEL: 03-8882718 EXT: 112