

台南市 吳芳峻診所 病歷摘要、診斷證明書及各種檢查報告申請委託書

申請人基本資料	<p>姓名：_____ 性別：<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</p> <p>出生日期：_____年_____月_____日</p> <p>身分證統一編號：_____</p> <p>電話：_____ 手機：_____</p> <p>戶籍地址：_____</p> <p>居住地址：_____</p> <p><input type="checkbox"/>同戶籍地址</p>
受委託人基本資料	<p>姓名：_____ 性別：<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</p> <p>出生日期：_____年_____月_____日</p> <p>身分證統一編號：_____ 與病人關係：_____</p> <p>電話：_____ 手機：_____</p> <p>戶籍地址：_____</p> <p>居住地址：_____</p> <p><input type="checkbox"/>同戶籍地址</p>
簽名蓋章	<p>1. 本人_____ (申請人) 向 <u>吳芳峻診所</u> 申請_____，因無法親自前往辦理，特委託_____ (受託人) 代為辦理。</p> <p>2. 委託人及受託人所提供資料均屬實，若有不實，願負相關法律責任。</p> <p>申請人簽名蓋章：_____ <input data-bbox="887 1693 994 1794" type="text" value="印"/></p> <p>受託人簽名蓋章：_____ <input data-bbox="887 1809 994 1910" type="text" value="印"/></p> <p>中華民國_____年_____月_____日</p>