



中山醫療社團法人  
**中山醫院**  
Chung Shan Hospital

## 放射科 影像拷貝申請委託書

本人 (病患本人或未婚之未成年病患之法定代理人) 因無法親自至中山  
醫療社團法人中山醫院申請X光影像資料影本。 同意 (先生/女士)

代為申請病人於本院之 檢查影像。

※此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

立同意書人： (簽章)

身分證號碼：

聯絡電話：

與代理人關係： 中華民國 年 月 日

本代理人(申請人)確實經委託人授權代辦本項業務，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並願賠償中山醫療社團法人中山醫院因此所衍生之一切損失。

代理人： (簽章)

身分證字號：

聯絡電話：

**【說明】** 1.病患本人(或法定代理人)未能親自申請者，均需填寫委託書，並簽名及蓋章。

2.代理人申請應出具病患本人身分證正本及代理人身分證正本，並繳交病患委託書乙份。