



复印病历授权委托书

_____ 医院：

本人_____身份证号码_____

于_____年_____月_____日在你院诊治，现需复印病历办理相关事宜，

本人无法到你院直接办理，特授权委托我的_____姓名_____

身 份 证 号 码_____全权负责办理此事，

如有虚假，本人愿意承担相应法律责任。特此授权委托书。

患者签名：

受托人签名：

年 月 日

患者有效证件
(医保卡、身份证)

代理人有效证件
(医保卡、身份证、驾驶证等)