



醫療財團法人正德癌症醫療基金會

佛教正德醫院

Buddhist Chengde Hospital

病歷號：	姓名：
出生日期：	性別： ☐ 男 ☐ 女
身份證字號：	

委託書

本人因有下列特殊情況：

無法親自前來醫院，茲由委託人協助辦理：

檢附相關證明文件：

☐ 有照片之雙方身份證明(必需，身份證、健保卡、護照、居留證或其他有效證明)

☐ 其他佐證資料：_____

此致 醫療財團法人正德癌症醫療基金會佛教正德醫院

委託人_____

受託人_____關係：_____

身份證號_____

身份證號_____

聯絡電話_____

聯絡電話_____

委託人身分證明文件

正面影本

受託人身分證明文件

正面影本

委託人身分證明文件

背面影本

受託人身分證明文件

背面影本

中 華 民 國 年 月 日