温州医科大学附属第二医院 育英儿童医院

病历复印授权委托书

委托人(患者本人)： 性别 年龄 联系电话:

有效证件号码： 住址：

受托人： 性别 年龄 联系电话:

有效证件号码: 住址:

与患者关系: □配偶 □子女 □父母 □其他近亲属 □同事 □朋友

□其他

本人于 年 月 日因病住院。本人郑重委托由 作为我的代理人复印本人住院病历，全权代表本人签字，被委托人的签字视同本人的签字。

委托人签署同意书后所产生的后果，由患者本人承担。

患者签名: (手印) 年 月 日

受托人签名: (手印) 年 月 日