病历复制授权委托书

江门市新会区中医院病案室：

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_（身份证号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_），

需复制本人在你院就医的住院病历资料。因本人无法亲自到场办理，特授权委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，被授权人与本人的关系为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)全权负责办理此事，并以本人的身份证为凭，对被委托人在复制病历资料过程中所签署的有关文件，我均予以认可，如果因此泄漏本人个人信息或隐私，我承诺不追究医院的法津责任。

委托期限从\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日起至\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日止。

代理人无转委权，特此授权委托。

委托人(授权人签名):

被委托人(被授权人,代理人签名):

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日