江门市结核病防治所

住院病历复印授权委托书

委托人姓名：

身份证号码：

联系电话：

受委托人姓名：

身份证号码：

联系电话：

受托人与委托人关系：

委托人曾在江门市结核病防治所住院，现委托\_\_\_\_\_（受托人姓名）全权办理住院病历复印的相关事项，对受托人在办理上述事项过程中所涉及签署的有关文件及其他相关办理手续，委托人均予认可，并承担相应法律责任。

复印用途：□伤残鉴定□医疗保险报销□再治疗□司法用途□其他：

本项委托授权的有效期为：自签署日至\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日。

委托人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

受委托人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日