

# 延吉美醫療就醫相關證明申請委託書

本人 \_\_\_\_\_ 因事，無法親自申請下列勾選資料

姓名：\_\_\_\_\_ (本人) 生日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 身分證：\_\_\_\_\_

就醫診斷證明 就診日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

門診病歷摘要 就診日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

檢驗報告 就診日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

收據副本 就診日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

其他 \_\_\_\_\_ 就診日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

茲全權委託 \_\_\_\_\_ 先生/小姐協助申請，案附相關證件(雙方身分證正本+影本)，

經本人確認，如有虛偽不實，願負一切法律責任，特立此委託書為憑。

此致

## 延吉美皮膚專科診所

委託人：\_\_\_\_\_ 親簽 印章

身分證字號：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

受託人：\_\_\_\_\_ 親簽 印章

身分證字號：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日