



佛教慈濟醫療財團法人

花蓮慈濟醫院

Hualien Tzu Chi Hospital,
Buddhist Tzu Chi Medical Foundation

970 花蓮市中央路三段七〇七號
707,Sec.3,Chung-Yang Rd.
Hualien ,Taiwan ,970,R.O.C
Tel: 8863-856182 Fax: 886-3-8575366

國際醫學中心代申請病歷及委託領件同意書

填寫日期: _____

本人_____委託承辦人國際醫學中心申請病歷及領件，並同意提供本人有照片之身分證明文件或護照影本及支付全額申請費用新台幣 2000 元，請貴院惠予協助配合，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償 貴院衍生之損失。

此致 花蓮慈濟醫院

立同意書人: _____ (簽章)

身份證字號: _____

聯絡電話: _____

郵寄方式: 紙本文件，地址: _____

電子郵件，Email: _____

International Medical Service Center

有照片之身分證明文件或護照影本正面

Please paste the front copy of the patient's
photo ID certificate or passport

有照片之身分證明文件或護照影本背面

Please paste the back copy of the patient's photo
ID certificate or passport