**江门市人民医院**

**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** |  |
| **受委托人与受托人关系** |  |

委托人于\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日在江门市人民医院\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(科室)住院，现因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(复印目的)，特委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_(受委托人姓名)全权代表委托人办理本次住院病历复印的相关事项，对受委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。

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

委托人签名： 受委托人签名：

年 月 日 年 月 日