**复印病历委托书**

本人(姓名)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月在十堰市妇幼保健院住院治疗,现因为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(原因)需要

病历复印件,今全权委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(系我的\_\_\_\_\_\_\_\_)前往医院,复印我本人在该院住院的病历资料(住院病历号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)，由此导致的所有后果均由我本人负责。

**委托人(患者)签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_右拇指手印:\_\_\_\_\_\_\_\_**

**委托人(患者)身份证号:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**被委托人(代理人)签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_右拇指手印:\_\_\_\_\_\_**

**被委托人(代理人)身份证号:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**日期: 年 月 日**