**复印病历授权委托书**

委托人：姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

受托人：姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

汕尾市人民医院：

兹委托受托人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，为我的代理人，前往贵院复印本人病历资料。代理人在其权限范围内签署的一切有关文件，我予承认，并承担全部法律责任。

委托人签名：

年 月 日