**办理住院病历复印委托书**

**委托人姓名（患者）：**

 **有效身份证件类别： 有效身份证件号码**

 **联系电话：**

**受委托人姓名（代理人）：**

 **有效身份证件类别： 有效身份证件号码**

 **联系电话：**

**委托人于 年 月 日 在三河市燕郊二三医院住院，特授权委托 （受委托人姓名）办理住院病历复印，复印病历用途为**

**使用。**

 **凡由受委托人在上述委托权利内，代理委托人行为所造成的法律结果，受委托人均予以承认。**

 **委托期限从 年 月 日起至 年 月 日止**

 **委托人签字（手印）：**

 **受委托签字（手印）：**

 **年 月 日**