

(附件一)

國軍高雄總醫院左營分院 醫學影像拷貝申請單

病患姓名:

身份證字號:

地址：

電話：

受委託人(非本人,需附病患、受委託人證件及委託書):

複製一般 X 光片

複製光碟

影像檢查日期	項目(CR.CT.MR.SONO 等...)	部位	拷貝份數

醫師：

領收人： 簽章 中華民國 年 月 日

申請類別	醫學影像光碟	X 光片
身分別		
一般民眾	500 元/片	200 元/張(需視影像數量)
軍人、本院員工	500 元/片	100 元/張(需視影像數量)

國軍左營總醫院 醫學影像拷貝申請委託書

立委託書人：

因 工作 出國 生病 路途遙遠 其他原因

確實無法親自申請，特委託 先生（小姐）代為申辦

此致

國軍左營總醫院

委託人簽名：

身分證字號：

地址：

電話：

受委託人簽名：

身分證字號：

地址：

電話：

* 請附委託人及受委託人身分證件以茲核對。

* 中華民國 年 月 日