

病理組織蠟塊領出委託授權書

本人_____ 曾於民國_____年_____月間 於馬偕紀念醫院

診療並存有 病理組織蠟塊 組織染片 其他：_____ 於貴院。因本人

疾病治療或 主治醫師研究 其他：_____ 之需求，請允許領出本人之

病理組織蠟塊/染片/其他：_____ 以備後續之用途。

本人特委託_____至貴院完成領出組織蠟塊/染片/其他：_____事

宜，敬請貴院病理科允予與協助。此組織蠟塊/染片/其他：_____ 領出貴院後，

本人自行承擔所有後續相關問題，特立此書面聲明以示負責。謝謝！

身 份 證 字 號： _____

病 歷 號 碼： _____

病 理 編 號： _____

本人(請帶身分證正本以供查驗) (簽名與蓋章)： _____

受委託人(請帶委託人與受委託人身分證正本以供查驗)： _____

與本人關係： _____

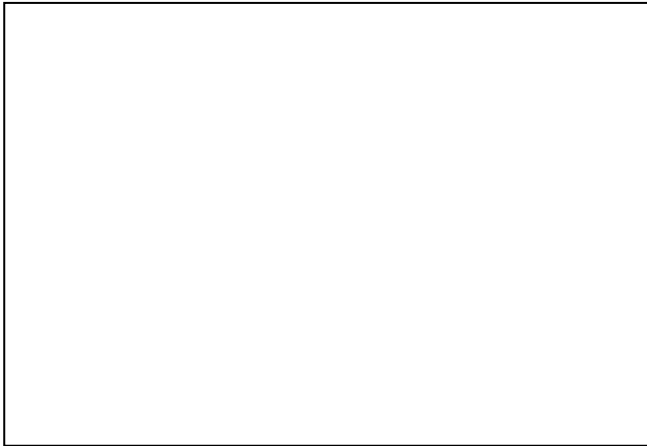
電話： _____

地址： _____

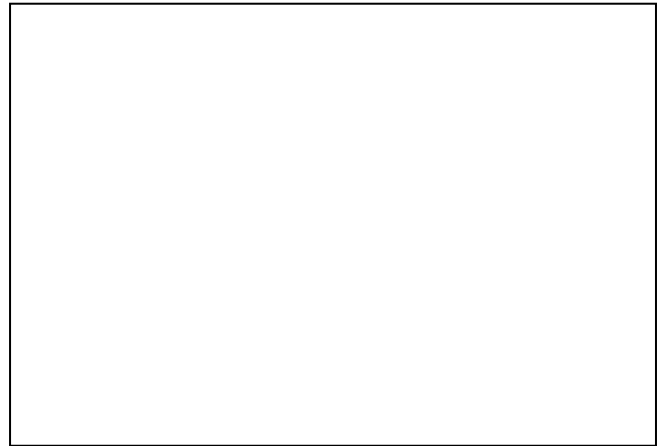
年 月 日

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-006-3-F 行政組病理組織蠟塊領出委託授權書(國外)	一般	2023.04.07	02	1 / 2

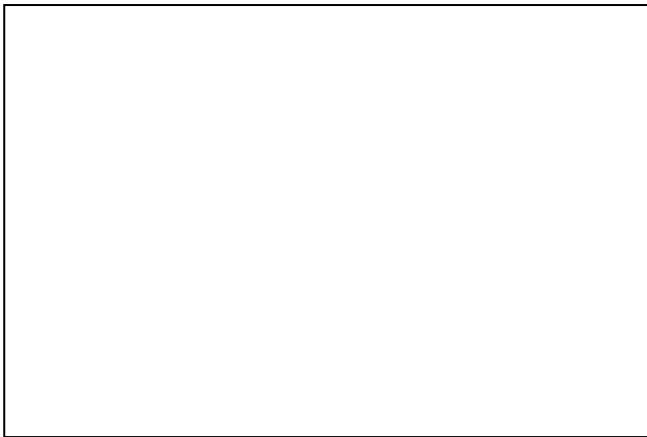
本人身分證正面



本人身分證背面



受委託人身分證正面



受委託人身分證背面



文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-006-3-F 行政組病理組織蠟塊領出委託授權書(國外)	一般	2023.04.07	02	2 / 2