

財團法人台灣基督長老教會

馬偕紀念社會事業基督會

馬偕紀念醫院

MACKAY MEMORIAL HOSPITAL

台北縣淡水鎮 25115 民生里民生路 45 號

TEL: (02) 28094661, 8094671 FAX: 28093385

病理切片/細胞抹片 借片申請授權書

本人 _____ 曾於民國 _____ 年 _____ 月間在
_____ 醫院手術診療， 貴院存有病理切片。

身分證號： _____

病歷號碼： _____

病理切片編號： _____

目前本人在馬偕紀念醫院由 _____ 醫師負責治療，為確定適合的治療方針，茲委託馬偕紀念醫院懇向 貴院借閱病理切片。謝謝！

本人： _____

(簽章)

受委託人： _____

與本人關係： _____

年 月 日

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-009-F 行政組病理切片/細胞抹片借片申請授權書	一般	2014.01.01	02	1 / 1