

高雄市立中醫醫院

96年8月制定
101年7月第一次修訂
105年5月5日第二次修訂
110年2月24日第三次修訂

病歷影印申請表

項 目 \ 人 員	申請人	受託人
姓名		
身分證字號		
關係		
電話號碼		
手機號碼		
申請日期		
影印起迄日期		
份數		
備註	1、費用 1~20 張收費 200 元，超過 20 張部分每張加收 3 元。 2、申請後 3 日取件。 3、如需委託本院代為郵寄者，應自付 36 元郵資。	

醫師簽章：

批價人員簽章：

收發人員簽章：

(適用本院代寄)

單位主管簽章：