**授权委托书**

本人因无法前往贵院复印病历，特委托代理人前往贵院办理。

委托人（患者）姓名：

委托人（患者）身份证号：

委托代理人姓名：

委托代理人身份证号：

患者与代理人关系：

办理日期： 年 月 日