

## 委託同意書

委託人 姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

因時間不許可

行動不便

人在異地

其他因素（請自敘）\_\_\_\_\_

以致無法親自來貴院領取自費 COVID-19 核酸檢測報告(中英文各一份)

故委託 姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 代為領取。

請惠予同意。

此致

高雄市立聯合醫院

委託人：\_\_\_\_\_ 簽名蓋章

被委託人：\_\_\_\_\_ 簽名蓋章

中華民國      年      月      日