

授權書  
Authorization Letter

本人\_\_\_\_\_，身份證號碼/護照號碼\_\_\_\_\_ 現授權  
\_\_\_\_\_ 先生/女士，身份證號碼/護照號碼\_\_\_\_\_ 代為

申請 / 領取以下項目：

\_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, ID/ passport no. \_\_\_\_\_, authorize  
Mr./ Ms. \_\_\_\_\_, ID/ passport no. \_\_\_\_\_, to

apply /  collect the following item(s) on my behalf:

\_\_\_\_\_

授權人簽署 Authorizer's signature: \_\_\_\_\_

聯絡電話 Contact no. : \_\_\_\_\_

日期 Date : \_\_\_\_\_

註：申請/領取上述項目時，需出示病人的身份證明文件正本。

Note: Please bring along the original of patient's identity document while applying / collecting the above item(s).