

授 權 書

授權人即申請人：(申請人-醫療機構)

設址：

法定代理人：(職稱：)

申請人_____茲向財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(下稱醫策會)申請醫療機構施行實驗室開發檢測項目，項目有「(檢測項目名稱)(案號)¹」、「(檢測項目名稱)(案號)」及「(檢測項目名稱)(案號)」，共○○件。

☐新申請案²：為確保申請人提出申請之程序及提出之文件、資料與說明，符合申請規範，申請人已於○○年○○月○○日聯繫並取得申請人合作機構○○○之正式同意，特委託及授權該合作機構○○○為代理人，辦理於112年12月20日起至113年2月8日止代為送件並依據醫策會指示代為辦理文件、資料與計畫之預先自我審查及相關事宜。

☐退補件案³：申請案經醫策會審查後，通知申請人尚有相關文件與資料不足、疏漏或其他待補正、補充、說明與改善事項，為進行改善，特委託及授權申請人之合作機構○○○為代理人，於112年12月20日起至113年2月8日止代為提出辦理改善所需相關文件、資料、說明及相關措施。

申請人並保證代理人(包含其機構所屬人員)應遵守與配合相關法規規定及醫策會之規範、指示，並盡保密義務，否則撤銷其代理資格。

此 致

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

授權人即申請人(請蓋大小章)：

法定代理人：

中華民國 年 月 日

¹ 新申請案免填案件編號，退補件案請標明案件編號，以利辨識。

² 請依實際案件情形，選擇適當項目。

³ 請依實際案件情形，選擇適當項目。