**患方医疗事故技术鉴定委托书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 委 托 单 位 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委 托 人 | 患 者  姓 名 | |  | 性别 | |  | | | 年龄 |  | | 职业 | |  | | | 身份证  号 码 | | |  | |
| 就诊科别 | |  | 病案号 | | | |  | | | | | 工作单位 | | |  | | | | | |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | | | | 联系  电话 | |  | | 邮政编码 | | |  |
| 代理人 | 代理人  姓 名 |  | | 工作单位 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 证件名称 | | | | | |  | | | | 证件号码 | | | |  | | | |
| 与患者  关系 |  | | | | 联系电话 | | | | ①　　　　　　　② | | | | | | | | | | | |
| 涉 及 医 疗  机 构 名 称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 首次鉴定结论 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委托鉴定事由（简要医疗经过、争议要点、鉴定要求等）      委托人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 表内各项需填写清楚，否则视为不符合要求。

提交委托书时同时提供申请人申请书、首次医疗事故技术鉴定书、代理人身份证的复印件

**医方医疗事故技术鉴定委托书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受委托单位 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 委  托  人 | 医疗机构 名称 | | |  | | | | | | 法人代表  姓 名 | | |  | |
| 机构注册  地 址 | | |  | | | | | | 邮政编码 | | |  | |
| 代理人 | 姓 名 | |  | 工作单位 | |  | | | | | | | |
| 证件名称 | |  | | 证件号码 | |  | | | |
| 与医疗 机构关系 | |  | | 联系  电话 | ①　　　　　　　　② | | | | | | | |
| 涉及患方 | | | 姓 名 |  | | 就诊科室 | |  | | | | 病案号 | |  |
| 首次鉴定 结论 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 委托鉴定事由（简要医疗经过、争议要点、鉴定要求等）  委托人盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

※ 表内各项需填写清楚，否则视为不符合要求。

提交委托书时同时提供申请人申请书、首次医疗事故技术鉴定书、代理人身份证的复印件

**卫生行政、司法部门医疗事故技术鉴定委托书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 委 托 单 位 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委托  单位 | 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地　　址 | |  | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | |  | | |
| 联系人姓名 | |  | | | 联系电话 | | | | ①　　　　　　　② | | | | | | | | | | |
| 双  方  当  事  人 | 患者姓名 | |  | | | 性别 |  | | | 年龄 |  | | | 病案号 | | | | |  | |
| 联系地址 | |  | | | | | | | 身份证号码 | | | |  | | | | | | |
| 患方代理人姓名 | |  | | 工作单位 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | 电话 | |  | | | | |
| 医疗机构 | | 名 称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地 址 |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | |  |
| 医方 代理人 | | 姓 名 |  | | | | | 身份证号码 | | | |  | | | | | | | |
| 工 作  单 位 |  | | | | | | | | | | | 电话 | |  | | | |
| 首次鉴定结论 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再次鉴定提起方 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委托鉴定事由（简要医疗经过、争议要点、鉴定要求等，可附页）  委托单位：（公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 表内各项需填写清楚，否则视为不符合要求。

提交委托书同时提供申请人申请书、首次医疗事故技术鉴定书、双方代理人身份证复印件。