**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。