

委 託 書

本人(委託人)_____，因故未能親自送件，特委託(代理人)_____先生/女士，持本人相關證件及申請書表至臺中市醫師公會辦理_____業務，申請事項經本人確認，如有虛偽不實，願負一切法律責任。特立此委託書為憑。

此致

臺中市醫師公會

委託人簽章：

身分證字號：

連絡電話：

代理人簽章：

身分證字號：

連絡電話：

※另繳附證件：代理人身份證明影本

中 華 民 國 年 月 日

委託書

委託人_____，同意委託_____

代理本人辦理_____事務，授權其處理

相關事宜，特出具本委託書以資證明。

此致

臺中市政府衛生局

委託人姓名（簽章）：

身分證字號：

受委託人姓名（簽章）：

身分證字號：

中華民國 年 月 日