|  |
| --- |
| 委　　　任　　　書 |
| 稱謂 | 姓名 | 出生年月日 | 身分證明文件字號或統一編號 | 職業 | 住所或居所（事務所或營業所） | 連絡電話 |
| 委任人 |  |  |  |  |  |  |
| 受任人 |  |  |  |  |  |  |
| 茲因與　　　　　　　　　　　　間之醫療爭議調解事件，委任　　　　　　　　　　為代理人，委任期間為　　年　　月　　日至　　年　　月　　日，有代理為一切調解行為之權，並　有／無　撤回調解之特別代理權。此　　　　致桃園市政府醫療爭議調解委員會委任人：　　　　　　　　　　　　　　　　　（簽名或蓋章）**(委任人以簽名方式為委任者，請親自簽名，受任人勿代為簽名)**受任人：　　　　　　　　　　　　　　　　　（簽名或蓋章）中華民國　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

依衛生福利部113年1月12日衛部字第1131660122號公告範本編製。