

高雄市仁武區衛生所檔案應用申請委任書

本人_____因_____不克為_____

案親至高雄市仁武區衛生所閱覽、抄錄、複製檔案資料，特
委託_____代為辦理。

姓 名	委託人姓名	受委託人姓名
性 別		
出 生 年 月 日		
身 分 證 字 號		
職 業		
地 址		
聯 絡 電 話		

此致

高雄市仁武區衛生所

委託人

簽章

受委託人

簽章

中 華 民 國 年 月 日