

# 委 託 書

立委託書人\_\_\_\_\_因故確實無法親自申請

- |                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 醫事機構憑證 | <input type="checkbox"/> 憑證廢止 |
| <input type="checkbox"/> 醫事人員憑證 | <input type="checkbox"/> 憑證展期 |
| <input type="checkbox"/> 機構副卡   | <input type="checkbox"/> 卡片解鎖 |
| <input type="checkbox"/> 重新申請憑證 | <input type="checkbox"/> 金鑰回復 |

，特委託  
先生 代為申辦。  
小姐

此 致

行政院衛生署醫療憑證管理中心

委 託 人： (簽章)

身分證編號：

代 理 人： (簽章)

身分證編號：

中 華 民 國 年 月 日