

# 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 李0兒 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

### 高雄市政府醫療爭議調解會

委任人：李0三

(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：李0兒

(簽名或蓋章)

中華民國 年 月 日