

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	李 0 三	50/01/01	E123456789	行政人員	○市○區○路/村 /街○段○巷○弄 ○號○樓	0930- 303030
受任人	李 0 兒	81/01/01	E123456790	技師	○市○區○路/村 /街○段○巷○弄 ○號○樓	0935- 353535

茲因與 ○○醫院/診所 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