

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 **OO 醫院/診所** 間 之醫療爭議調解事件，委任 **李 0 兒** 為代理人，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