

委 託 書

茲委託

代表

本

藥局(公司、行)向

貴局(所)辦理有關

事宜，若有偽造或不實，願負法律責任。

此 致

高雄市政府衛生局

鼓山區衛生所

委託人：

簽章

地址：

電話：

身分證字號：

受委託人：

簽章

地址：

電話：

身分證字號：

中華民國 年 月 日

PS：委託人和被委託人需檢附正反面身分證影本各乙份，並蓋私印。