

# 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 \_\_\_\_\_ 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： \_\_\_\_\_ (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： \_\_\_\_\_ (簽名或蓋章)

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日