

委 託 書

茲本人 因故不克親臨 貴局，特委託

全權代表本人領取113年【**外食健康搭配我最行**】抽獎活動獎項

此致

臺南市政府衛生局

委託人： (簽章)
身分證字號： 出生日期： 連絡電話：
地 址： 縣(市) 鄉(鎮市區) 路(街) 段 巷
弄 號 樓

受託人： (簽章)
身分證字號： 出生日期： 連絡電話：
地 址： 縣(市) 鄉(鎮市區) 路(街) 段 巷
弄 號 樓

註：個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：本人及受託人同意本表所列之個人資料，提供臺南市政府衛生局做為處理本案及建檔等相關業務使用。

請檢附	
委託人及受託人	
身分證正	反面影本

1. 請出具委託人及受託人身分證正本供查驗。
2. 請檢附委託人及受託人身分證正、背面影本供留存。
3. 請委託人務必於委託書上蓋章。