

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「臺南市政府衛生局 114 年度戒菸獎勵活動」活動獎項。

此致

臺南市政府衛生局

委 託 人：_____（ 蓋 章 ）

身分證字號：_____ 出生日期：_____

連絡電話：_____

地 址：_____

受 託 人：_____（ 簽 章 ）

身分證字號：_____ 出生日期：_____

連絡電話：_____

地 址：_____

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。

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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。