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「115年臺南市『守護每一步，成長不迷路』兒童發展篩檢獎勵活動」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。

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

接受篩檢兒童健保卡正面影本

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。