

臺南市政府衛生局
111年「失智友善小學堂」線上學習單活動
領 據

茲收到臺南市政府衛生局111年「失智友善小學堂」線上學習單活動			
<input type="checkbox"/> 500 元商品卡 1 張(商品卡序號：710000-97437-)。			
<input type="checkbox"/> 30 元九成九文具專家禮券 3 張(禮券序號：3-706000-84-)。			
(請依中獎名單勾選領取項目，商品卡或禮券序號由衛生局填寫)			
中獎人姓名	(簽章)(請務必蓋章)		
身份證字號		連絡電話	
戶籍地址			
請法定代理人加填下列欄位			
法定代理人姓名	(簽章)(請務必蓋章)		
身份證字號		連絡電話	<input type="checkbox"/> 同上
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上		
請檢附中獎人「學生證影本或健保卡」影本及「法定代理人身分證」影本			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 2em;"> 學生證或健保卡影本 法定代理人身分證影本 </div>			
本人_____ (中獎人簽名) 及_____ (法定代理人簽名)			
茲同意臺南市政府衛生局，於本活動目的範圍內，得蒐集、處理及利用本人上述個人資料。			

中華民國111 年 月 日

委 託 書

茲本人 因故不克親臨 貴局，特委託

全權代表本人辦理領取「失智友善小學堂」抽獎活動獎項相關事宜

此致

臺南市政府衛生局

委託人(中獎人)	(蓋章)	中獎人法定代理人	(蓋章)
委託人身分證字號		法定代理人身分證字號	
委託人連絡電話		法定代理人連絡電話	<input type="checkbox"/> 同左
委託人戶籍地址		法定代理人戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同左
受託人	(蓋章)		
受託人身分證字號		受託人連絡電話	
受託人戶籍地址	(蓋章)		

請檢附

委託人學生證或健保卡影本、
及法定代理人、受託人之
身分證正、反面影本

1. 請出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。

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