

委 託 書

茲本人 因故不克親臨 貴局，特委託 全權代表本人辦理下列事項：

☐ 約談 ☐ 陳述意見 ☐ 申辦案件 ☐ 其他：

此致

臺南市政府衛生局

委託人：
身分證字號：
連絡電話：

蓋章：
出生日期：

地 址： 縣(市) 鄉(鎮市區) 路(街) 段 巷
弄 號 樓

受託人：
身分證字號：
連絡電話：

蓋章：
出生日期：

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