表二

委任書

稱謂	姓名（或名稱）	性別	出生日期	身分證 統一編號	職業	住所或居所 〈事務所或營業所〉
委任人						
受任人						

茲因　　與　　間醫療爭議調處事件，

委任　　為代理人，有代為一切調處行為之權，並有同意調處條件、撤回、捨棄或選任代理人等特別代理權。

此致

臺南市政府衛生局

委任人：　　（簽名或蓋章）

受任人：　　（簽名或蓋章）

中華民國　　年　　月　　日