|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **臺北市護理機構申辦委任書** | | | | | |
|  | **姓名** | **性別** | **出生年月日** | **身分證字號** | **居住所** |
| 委任人 |  |  |  |  |  |
| 受任人 |  |  |  |  |  |
| 茲因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_護理/產後護理之家辦理  🞏許可設立  🞏開業  🞏停/歇業  🞏登記事項變更  🞏醫事人員登記事項變更  ，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_等\_\_\_\_\_\_人因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_不克至衛生局親自辦理，特委任\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_為代理人，代理🞏本 人🞏本機構為一切申辦行為之權，🞏並沒有🞏但沒有捨棄、認諾、撤回等特別代理權。  此致 臺北市政府衛生局  委任人： (簽名蓋章)  受任人： (簽名蓋章)  中華民國 年 月 日 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **臺北市護理機構申辦委任名冊** | | | | | | |
| **編號** | **委任人姓名** | **性別** | **出生年月日** | **身分證字號** | **居住地** | **簽名蓋章** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |