|  |
| --- |
| **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** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |