

# 委 任 書

稱謂	姓名	出生年月日	身分證明文件字號	電話	聯絡地址 (住(居)所、事務所或營業所)	職業
委任人						
受任人						

茲因與\_\_\_\_\_間之醫療爭議調解事件，委任\_\_\_\_\_為代理人(委任期間為\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日)，有代理為一切調解行為之權，並有/無撤回調解之特別代理權。

此 致

臺北市政府衛生局醫療爭議調解會

委任人： \_\_\_\_\_ (簽名或蓋章)

(委任人以簽名方式為委任者，請親自簽名，受任人勿代為簽名)

受任人： \_\_\_\_\_ (簽名或蓋章)

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日