

委 任 書 (醫事機構專用)

委任人	醫事機構名稱	醫事機構代碼	負責人姓名	聯絡電話	聯絡地址
受任人	姓名	出生年月日	聯絡電話		聯絡地址

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
醫事機構：

蓋章

負責人簽章：

蓋章

受任人簽章：

蓋章

中華民國_____年_____月_____日