

委 任 書

稱謂	姓名	出生年月日	聯絡電話	聯絡地址 (事務所或營業所)
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