

委 託 書

委託人 _____ 君，同意全權授權 _____ 君

，辦理病患 _____ 君與 _____

醫療院所之醫療糾紛調解事項並授權處理和
解事宜，特出具本委託書以資證明。

此致 臺中市政府衛生局

委託人簽章：

身分證字號：

(委託人須為病患本人或其配偶
或其直系親屬)

受委託人簽章：

身分證字號：

中 華 民 國 年 月 日