

## 委 任 書

○○市/縣醫療爭議調解會○○○年度○○○調字第○○號

稱謂	姓名	出生年月日	身分證明文件字號 或統一編號	職業	住所或居所 (事務所或營業所)	連絡電話
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

○○市/縣醫療爭議調解會

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

