

委 任 書

茲本人 委任 君
為代理人，有代理一切申請、變更、註銷等暨醫事人員、護理人員、醫療機構等行為之權，並有同意代理人所填寫之一切事務等，特別代理權。

備註：一、個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：申請人同意提供本表所列之個人資料，做為臺南市政府衛生局辦理醫事人員、醫療機構開（執）業異動申請之處理及建檔等相關業務使用。

二、申請人得以書面請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用或刪除。

此致

社團法人台南市牙醫師公會

委任人

姓 名：

簽、章處

身分證字號：

地址：

受任人

姓 名：

簽、章處

身分證字號：

地址：

中華民國

年

月

日