委　　任　　書

宜蘭縣醫療爭議調解會113年度〇〇〇調字第〇〇號

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(委任期間為〇〇〇年〇〇月〇〇日至〇〇〇年〇〇月〇〇日)，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

宜蘭縣醫療爭議調解會

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