

委 託 書

茲本人_____因工作忙碌不克親臨現場辦理台中市呼吸治療師公會109年度春酒暨學術研討會報名費退費相關事宜，特委託_____君代為辦理(出具本人身分證駕照護照附有照片之健保卡正本及受託人身分證駕照護照附有照片之健保卡正本供查驗)並授權代理本人具領對該項事務有關之一切證明文件是實，並承擔相應之法律責任。

此致

台中市呼吸治療師公會

委 託 人： (蓋 章)

身分證字號：

出生日期： 年 月 日

連絡電話：

地 址： 縣(市) 鄉(鎮市區) 路(街)
段 巷 弄 號 樓

受 託 人： (蓋 章)

身分證字號：

出生日期： 年 月 日

連絡電話：

地 址： 縣(市) 鄉(鎮市區) 路(街)
段 巷 弄 號 樓