

委 託 書

茲因無法親自前往辦理「108 年度住宿式服務機構使用者補助方案」，

委託_____（機構負責人）為代理人，代為辦理。

此致

彰化縣衛生局

委託人：

（簽名蓋章）

出生年月日：

身分證字號：

住所或居所：

受託機構：

機構地址：

受託人(機構負責人)：

（簽名蓋章）

機構蓋章：

中 華 民 國 年 月 日