

## 委託及授權書

本人\_\_\_\_\_ (申請人)，因故無法親自辦理114年度住宿式服務機構使用者

補助方案，乃全權委託  機構\_\_\_\_\_ (機構名稱)

受託人\_\_\_\_\_ (機構負責人或受託人姓名)

代為申請辦理，如有虛偽不實及任何紛爭，本人及受託(代理)人願負相關法律責任，請惠予受理。

此致 彰化縣衛生局

委託人(申請人)

姓名：\_\_\_\_\_ (簽名或蓋章)

與受託人關係：

身分證字號：

通訊(戶籍)地址：

連絡電話：

受委託人或機構

受託人姓名或機構名稱：\_\_\_\_\_ (簽名或蓋章)

受託人身分證字號/機構統一編號：

通訊(戶籍)地址：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日