

澎湖縣長期照顧服務人員辦理、領取認證證明 委託書

本人_____因故無法前往貴單位親自☐辦理☐領取長期
照顧服務人員之證明文件，故特委託_____代為
☐辦理☐領取，特此證明，如有不實，願負擔法律責任，並同意取
消認證資格。

此 致

澎湖縣政府衛生局

委託人(本人)：

身分證字號：

聯絡電話：

地 址：

受託人(代辦人)：

身分證字號：

聯絡電話：

地 址：

與委託人關係：

中 華 民 國 年 月 日