

新北市醫療（事）機構／醫事人員開業、執業、歇業、異動登記委託書

本人_____因故不克前往新北市_____區衛生所／新北市政府衛生局，故委託_____代為辦理：

開業 執業 歇業 補發 換發 登記事項變更

執業執照更新（執照效期屆滿） 其他（請敘明原因）：

如有虛偽情事，願負法律上一切責任，概與貴所（局）無關。

此致

新北市_____區衛生所／新北市政府衛生局

委託人：_____（簽名或蓋章）

身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

受委託人（代理人）：_____（簽名或蓋章）

身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

（請一併提供雙方身分證明正反面影本1份；影本無法辨識者，請提供正本供查驗。）

中華民國_____年_____月_____日