

大高雄中醫師公會 委託書

茲本人 因故不克親臨貴會申請

入會 退會 變更 停業 復業 換照 之手續

，特委託 君前往辦理。

此致

大高雄中醫師公會

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： (簽章)

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

中 華 民 國 年 月 日