**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