**委　　託　　書**

本人 因故不克前往社團法人高雄市醫師公會辦理業務，特委託 代為前往辦理，如有虛偽情事，願負法律上一切責任，概與貴會無關。

本次委託辦理業務：□ 入會 □ 退會 □ 變更 □ 停業 □ 復業

　　　　　　□ 其他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

此　致

社團法人高雄市醫師公會

**委託人** (請加蓋委託人小章)：

身分證字號：

**受委託人**(請加蓋受委託人小章)：

身分證字號：

手 機 號 碼 ：

中華民國　　　年　　　月　 　日