**委託書**

學系(所)： 年級： 學號：

本人 因 無法

親自到校辦理 手續，謹委託 全權代理相關事宜。

如有虛偽不實，後果本人自行負責。

此致 **馬偕醫學院教務處**

 委託人： （簽章）

 聯絡電話：

 受託人： （簽章）

 聯絡電話：

**（附件：受託人需持本人身分證正本及委託人身分證影本備驗）**

中華民國 年 月 日