

委 託 同 意 書

本人_____因_____無法親自領取臺中市長者及高風險族群 COVID-19 疫苗接種之獎勵金 500 元，特委託_____（與本人關係為：_____）持本委託書及本案所需之相關證明文件代為領取，以供用途，如有不實，本人與受託人願負相關法律責任，與貴院無涉。

此致

臺中榮民總醫院

委託人姓名：_____（簽章）

身分證字號：_____

地 址：_____

聯絡電話：_____

受託人姓名：_____（簽章）

身分證字號：_____

地 址：_____

聯絡電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日