

委 託 書

茲委託_____代為辦理新竹市祝你好孕補助計畫，申請 AMH 抽血補助項目。

此致

新竹市衛生局

(受託人身分證正面影本黏貼處)

(受託人身分證反面影本黏貼處)

委託人：

身分證字號：

連絡電話：

與受委託人關係：

受託人：

身分證字號：

連絡電話：

地址：

中華民國 年 月 日