

# 委 托 书

漳州卫生职业学院：

本人\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_，  
报考岗位\_\_\_\_\_，岗位代码\_\_\_\_\_，  
因\_\_\_\_\_，本人无法到现场进行资格复审，现委  
托\_\_\_\_\_，身份证号码：\_\_\_\_\_进行资格复  
审，本人愿意承担并接受由此造成的一切后果。

委托人（亲笔签名）：

被委托人（亲笔签名）：

日期： 年 月 日