委 托 书

委托人：         性别：      身份证号：

被委托人：       性别：      身份证号：

  本人因           （原因），不能亲自办理兴化市2024年下半年医疗卫生事业单位公开招聘卫生专业技术人员资格复审相关手续，特委托      作为我的合法代理人，全权代表我办理资格复审相关事项，对被委托人在办理上述事项过程中所签署的有关文件，我均予以认可，并承担相应的法律责任。

 委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

 委托人（签名）:

被委托人（签名）:

                                年 月   日