醫療委任代理人委任書

本人			린린	年滿.	二十歲:	,且具第	完全行為	能力	,若尽	罹患嚴重	傷病,
經醫師診斷認	為不可	叮治癒	,且有	「醫學	上之證	據,近	期內病和	程進行	至死	亡已屬不	「可避免
而本人已意識	昏迷	战無法	清楚表	き達意	願時,	同意由	其依安等	寧緩和	醫療	條例第五	五條第二
項之規定,委	任			_為醫	療委任	代理人	,代為	簽署『	預立	安寧緩和	口醫療暨
維生醫療抉擇	意願言	雪 』。									
立意願人											
簽 名:_				<u> </u>	國民身分	}證統-	一編號:				
電話:					出生年月	目日: 日	中華民國		_年_	月	日
住(居)所	:										
受任人											
簽 名:_					國民身分	}證統-	一編號:				
電話:				1	出生年月	月日: 日	中華民國	l	_年_	月	日
住(居)所	:										
後補受任人	(-)	(得免	填列)								
簽 名:_				<u></u>	國民身分	}證統-	一編號:				
電話:				;	出生年月	目日: 日	中華民國	l	_年_	月	日
住(居)所	:										
後補受任人	(二)	(得免	填列)								
簽 名:_				<u></u>	國民身分	}證統-	一編號:				
電話:					出生年月	目日: 日	中華民國		_年_	月	日
住(居)所	:										
	中	華	民	國		年	月		日		