

宜蘭縣
辦理「照顧服務員結業證書補換/發」申請
切結書

本人_____，茲因以下原因(有事 工作
路途遙遠 其他，_____)，無法前往貴單位
親自辦理照顧服務員結業證書補發/換發申請，故特以
(委託_____代為申辦 以掛號郵寄申辦)，所檢附之相
關資料均屬實，如有不實，願負擔法律責任，並同意取消認證資
格。

此 致

宜蘭縣政府衛生局(長期照護服務管理所)

委託人(本人)姓名：

身分證字號：

聯絡電話：

地 址：

(若為郵寄不需填寫以下部分)

受託人(代辦人)姓名：

身分證字號：

聯絡電話：

地 址：

與委託人關係：

<p>受託人(代辦人)</p> <p>身分證正面影本黏貼處</p>	<p>受託人(代辦人)</p> <p>身分證反面影本黏貼處</p>
-----------------------------------	-----------------------------------

中華民國 年 月 日