授 权 委 托 书

委托人姓名 身份证号码

代理人（受委托人）姓名 身份证号码

工作单位 职业（务） 电话

兹委托 在南京市卫计委办理

 的事项中，作为我方代理人。代理期限自 年 月 日至卫生行政许可事项办结止。

 委托人（签名）

 受委托人（签名）

 年 月 日