

# 醫療委任代理人委任書

台中靜和醫院  
1417030017

本人\_\_\_\_\_已年滿二十歲，且具完全行為能力，若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免，而本人已意識昏迷或無法清楚表達意願時，同意由其依安寧緩和醫療條例第五條第二項之規定，委任\_\_\_\_\_為醫療委任代理人，代為簽署『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』。

## 立意願人

簽名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 受任人

簽名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 後補受任人（一）（得免填列）

簽名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 後補受任人（二）（得免填列）

簽名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日（必填）

.....