【附件二】

|  |
| --- |
| **連江縣身心障礙者權益受損協調委託書** |
| 委 託 人 |  | 國民身分證統一編號 |  |
| 出生日期 |  | 身心障礙類別及等級 |  |
| 住 居 所 |  | 電話 |  |
| 代 理 人 |  | 國民身分證統一編號 |  |
| 出生日期 |  |
| 住 居 所 |  | 電話 |  |
| 茲因 權益受損協調案件，委託(姓名) 為代理人，有代為一切協調行為之權，**⬜** 並有 撤回協調申請之特別代理權。**⬜** 但無此致 **連江縣身心障礙者權益保障小組**委託人： (簽名)代理人： (簽名)中華民國　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |