【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 | | | | |