

姓名： 男 女

病歷號碼：

醫療委任代理人委任書

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

填寫日期：中華民國_____年_____月_____日(必填)

姓名： 男 女

病歷號碼：

醫療委任代理人委任書

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

填寫日期：中華民國_____年_____月_____日(必填)