

中山醫學大學視光學系學生實習選填授權委託書

學生本人 _____ 學號 _____ 班級 _____ ，因不克親自
出席實習選填____年____月____日，故委託學生 _____ 學號 _____
作為代理人，授權代理人攜帶實習同意書前往代為選填實習單位之相
關實習分發事宜。

此致 中山醫學大學視光學系

授權人簽章：

授權人電話：

被授權人簽章：

被授權人電話：

中華民國 年 月 日