**个人委托证明书**

委托人： 性别:

身份证号：

被委托人: 性别:

与委托人关系：

身份证号：

因 原因，本人不能亲自参加鹿泉区公开招聘区直医院和乡镇卫生院派遣制专技人员资格复审，特委托 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关资格审核事项，对委托人在办理上述事项过程中所提交的一切材料我均予以认可，并承担相应的责任。

委托期限：至上述事宜办结为止。

委托人：

 年 月 日