委 托 书

委托人：         身份证号：

被委托人：       身份证号：

  本人因           （原因），不能亲自办理泰州市海陵区2024年基层医疗卫生单位备案制公开招聘资格复审相关手续，特委托      作为我的合法代理人，全权代表我办理资格复审相关事项，对被委托人在办理上述事项过程中所签署的有关文件，我均予以认可，并承担相应的法律责任。

 委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

 委托人（签名）:

被委托人（签名）:

                                2024年 月   日