**授权委托书**

兹委托 身份证号码：

作为委托人的全权代理人，前往百色市右江区人民医院办理预防性体检备案及相关预防性体检人员安排事宜，签署的所有相关文件协议，本公司均子以承认。

本委托书有效期限为： 年 月 日至 年 月 日本委托书不得转委托。

委托人(签名或签章)：

受委托人(签名或签章)：

签署日期： 年 月 日