醫療委任代理人委任書

_ 本人(簽名)	已年滿二十歲,」	且具完全行為能力	1,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	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)			
簽名:	國民身分證統-	一編號:	
企 住(居)所:		電話:	
出生年月日:中華民國	年	月	_目
受任人(簽名)			
簽 名:	國民身分證統-		
住(居)所:	<i>-</i>	電話:	→
出生年月日:中華民國	年	月	_日
後補受任人(一)(得免填列)			
	民身分證統一編號:		
住(居)所:	電話:		
	- 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		
中 華 民 國 _	年月	日(必対	真)

台灣安寧照顧協會依行政院衛生署中華民國 102 年 05 月 15 日公告之参考範例編印