**委 托 书**

**江门市职业病防治所：**

委托单位：

受委托人：

身份证号（附复印件）：

现委托上述受委托人办理有关 姓名： （身份证号码： ）疑似职业病事宜（领取疑似职业病报告卡、告知书），本委托书有效期自签定之日起至委托事项完成之日止，中途如有变更，以新变更委托书为准。

委托单位：

（公章）

年 月 日