

附件 3

授权委托书

兹有_____委托_____办理医疗费报销事宜，提交医疗费报销所需的材料，代理人无转委托权。

委托方：

所在学院：

联系电话：

身份证号码：

委托方：（签名）

年 月 日

代理人：

所在学院：

联系电话：

身份证号码：

代理人：（签名）

年 月 日