

附件 2

## 医疗机构授权委托书样式

海南省卫生和计划生育委员会：

现授权委托本医疗机构\_\_\_\_\_同志（性别：\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_工作岗位：\_\_\_\_\_职务：\_\_\_\_\_）前来领取电子化注册系统医疗机构端用户名和密码。

用户名和密码请发送至本医疗机构负责人\_\_\_\_\_的手机上，手机号码为：\_\_\_\_\_。

负责人签名：

单位盖章：

日期：