附件2

委 托 书

山东医药技师学院：

 （姓名），身份证号 。

本人因 原因，无法到场进行资格审查，特委托 （姓名），身份证号 代为办理现场资格审查，本人对被委托人在办理过程中所签署的文件均认可，一切责任由本人承担。

本人签名（手写、按手印）： 年 月 日