**委 托 书**

**长春医学高等专科学校 档案信息中心：**

 **本人系长春医学高等专科学校 （届） （院/部） （专业）的学生，因 （原因），不能亲自到馆查阅（或领取）所需档案，特委托 作为我的合法代理人全权代理，一起后果由委托人负责。**

此处粘贴被委托人身份证（或有效证件）的正面复印件

此处粘贴委托人身份证（或有效证件）的正面复印件

委托人（签字）： 被委托人（签字）：

联系方式： 联系方式：

日期： 日期：