**个人授权委托书**

**校医院：**

**本人 *姓名* ， *性别* ， *年龄* ， *学院/部门/班级* ， *学号/教工号* ， *身份证号* ，因 不能亲自到校医院办理医疗费用报销相关手续，兹授权委托同学/教工 *姓名* ， *性别* ， *年龄* ， *学院/部门/班级* ， *学号/教工号* ， *身份证号* 处理代办相关事项。受托人在权限范围内所签署的一切有关文件，我均认可；由此所造成的一切责任均由本人承担。本授权委托书自委托人签字之日生效。（注：需附双方身份证、校园卡/教工号复印件）**

 **委托人（签字）：**

 **学院/部门（需盖公章）：**

 **年 月 日**