附件1

医疗机构电子化注册授权委托书

园区社会事业局：

现授权委托本医疗机构 同志（工作岗位：

职务： ）前来领取电子化注册系统医疗机构端（医疗机构管理权限）用户名和密码。

用户名和密码请发送至本医疗机构电子化注册负责人

的手机上，手机号码为： 。

医疗机构负责人签名：

医疗机构盖章

日期：