附件2

法定代表人授权委托书

达州市中医药管理局：

          （机构名称）的       （法定代表人姓名、职务）代表本机构授予         （被授权人姓名、职务、身份证号码）为参加达州市中医药管理局组织的2024年中药调剂员培训项目承训机构比选活动的合法代理人，参加培训承训机构比选活动，并以本机构名义处理一切与此有关的事务。我机构对被授权人签名的所有与此次比选有关的资料负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有资料不因授权的撤销而失效，本授权书自比选开始至比选有效期届满30日止。

代理人无转委托权。

本授权书于     年    月   日签字生效，特此声明。

法定代表人签名：       代理人（被授权人）签名：

职务：                职务：

单位名称:（盖章）     单位名称:（盖章）

联系电话：             联系电话: