附件

授权委托书

　　本人        ，身份证号：               ，联系电话：         ，授权       ，身份证号：            ，前往贵单位办理领取会计初级职称证书事宜，本授权自签字之日起生效。

特此证明。

　　委托人：

　　年　　月　　日