

办理《出生医学证明》授权委托书

委托人_____(母亲姓名)_____, 有效身份证号码_____(母亲证号)_____,
证件类别为(身份证 护照 港澳通行证 其他_____),
联系电话_____(母亲电话)_____, 于_____年____月____日(出生日
期)在广州中医药大学祈福医院分娩, 特授权委托_____(领证人姓名)_____,
与新生儿关系为_____, 有效身份证号码_____(领证人证号)_____,
证件类别为(身份证 护照 港澳通行证 其他_____),
联系电话_____(领证人电话)_____, 前往办理_____(新生儿姓名)_____的《出
生医学证明》。

凡由受托人在上述委托权利内, 代理委托人行为所造成的法律
结果, 委托人均予以承认。

委托期限从_____年____月____日(出生日期)起至_____年
____月____日(包含领证当日)止。

委托人签字: (母亲签名)

受托人签字: (领证人签名)

_____年____月____日

_____年____月____日

(委托期限内)

(委托期限内)