**办理《出生医学证明》授权委托书**

|  |  |
| --- | --- |
| **委托人姓名（新生儿母亲）：** |  |
| **有效身份证件类别：** |  |
| **有效身份证件号码：** |  |
| **联系电话：** |  |
| **受委托人姓名：** |  |
| **有效身份证件类别：** |  |
| **有效身份证件号码：** |  |
| **联系电话：** |  |

委托人于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日在分娩，特授权委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（受委托人姓名）办理\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（新生儿姓名）的《出生医学证明》。

凡由受委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\_\_\_\_\_\_\_\_\_日起至\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日止。

委托人签字： 受委托人签字：

年 月 日 年 月 日