

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：

性别：

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__日在四川省医学科学院·四川省人民医院（新生儿出生地点）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：

年 月 日

受委托人签字：

年 月 日