

附件 1-4

办理出生医学证明授权委托书

委托人（新生儿母亲）姓名：

身份证件类别：

联系电话：

证件号码：

受委托人姓名：

性别：

联系电话：

身份证件类别：

证件号码：

委 托 人 于 _____ 年 _____ 月 _____ 日 在 _____
（医疗机构）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

受委托人

签字盖手印：

签字盖手印：

年 月 日

年 月 日