

# 办理《出生医学证明》授权委托书

委托人姓名（新生儿母亲）：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

有效身份证件类别：\_\_\_\_\_ 有效身份证件号码：\_\_\_\_\_

受委托人姓名：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

有效身份证件类别：\_\_\_\_\_ 有效身份证件号码：\_\_\_\_\_

委托人于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日在\_\_\_\_\_（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  
后果，委托了均予以承认。

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