办理《出生医学证明》授权委托书

委托人姓名（新生儿母亲）：　　性别：　　出生年月：

有效身份证件类别：

有效身份证件号码：

联系电话：

受托人姓名：　　性别：　　出生年月：

有效身份证件类别：

有效身份证件号码：

联系电话：

与委托人关系：

委托人因不能亲自来_____医院办理《出生医学证明》领取事宜，特委托受托人_____代理本人领取婴儿姓名为_____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。

委托期限自委托人签署授权委托书之日起至受托人领取《出生医学证明》之日止。

委托人签名：　　受托人签名：

年　　月　　日　　年　　月　　日