**办理《出生医学证明》授权委托书**

（注：请用蓝黑色\黑色水笔填写！！！）

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 （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： （按手印） 受委托人签字：（按手印）

 年 月 日 年 月 日