

浙江省办理《出生医学证明》授权委托书

(未满 18 周岁的母亲为委托人)

委托人姓名：_____ 有效身份证件类别：身份证 其他 _____

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：身份证

其他 _____ 有效身份证件号码：_____

联系电话：_____

委托人于_____年____月____日在_____（新生儿出生地点及机构）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》相关事务。

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（摁指印）：

受委托人签字（摁指印）：

年 月 日

年 月 日