**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。

委托人签字： 受托人签字：

年 月 日 年 月 日