申领《出生医学证明》授权委托书

委托人姓名（新生儿母亲）：

有效身份证件类别： 公民身份号码：

联系电话：

受委托人姓名： 　 性别：

有效身份证件类别： 公民身份号码：

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）申领

　 （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（摁指印）：

年 　月 　日

受委托人签字（摁指印）：

年 　月　 日