**浙江省浙江省办理《出生医学证明》授权委托书**

委托人姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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