**办理《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： 有效身份证件号码：

联系电话：

受委托人姓名：

有效身份证件类别： 有效身份证件号码：

与新生儿关系： 联系电话：

委托人 于 年 月 日在诸城市人民医院 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