

XD-YB-0030/1.0

# 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：	
受托人姓名：	
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 海南现代妇女儿童  
医院 分娩，特授权委托\_\_\_\_\_（受托人姓名）办理  
\_\_\_\_\_（新生儿姓名）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。

委托期限从\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起至\_\_\_\_年  
\_\_\_\_月\_\_\_\_日止。

委托人签字：

受托人签字：

年 月 日

年 月 日