

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ _____

วันที่ _____

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี
อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ตำบล / แขวง _____
อำเภอ / เขต _____ จังหวัด _____
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ _____ ขอมอบอำนาจให้ _____
อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ตำบล / แขวง _____
อำเภอ / เขต _____ จังหวัด _____
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ _____ เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายของข้าพเจ้า เพื่อขอรับประวัติ
การรักษาทั้งหมดของ ข้าพเจ้า หรือ _____ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ของข้าพเจ้า
จากแพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในกรณีใดๆที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำการตามที่ได้รับมอบหมายเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ _____ ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ _____ ผู้รับมอบอำนาจ
(_____) (_____)

ลงชื่อ _____ พยาน ลงชื่อ _____ พยาน
(_____) (_____)

