

## หนังสือมอบอำนาจ

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้..... อายุ.....ปี  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

ในฐานะเป็น  บุตร  บิดา  มารดา  สามี  ภรรยา  ผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย  
อื่น ๆ โปรดระบุ.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการ ขอประวัติการรักษาพยาบาล จากโรงพยาบาลบางไผ่ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ  
และข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งว่า ข้าพเจ้าได้  
กระทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ : ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเอง  
ถ่ายสำเนาเอกสารบัตรพร้อมรับรองสำเนาไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย