附件 2

补办《出生医学证明》授 权 委 托 书

委托人姓名（新生儿父亲/ 母亲）：　　性别：　　出生年月：

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：　　性别：　　出生年月：

有效身份证件类别：
有效身份证件号码：
　联系电话：

与委托人关系：

委托人因不能亲自来医院办理《出生医学证明》的补发事宜，特委托受托人代理本人办理新生儿姓名为的补发《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。

委托期限自委托人签署授权委托书之日起至受托人领取《出生医学证明》之日止。

委托人（新生儿父亲 / 母亲）签字：　　受托人签字：

年　月　日　　年　月　日