



หนังสือมอบอำนาจขอรับประวัติการรักษา โรงพยาบาลบางพลี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....ไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้
เนื่องจาก.....

จึงมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....
เป็นผู้มีอำนาจเต็มในการดำเนินการ.....แทนข้าพเจ้าโดย
ถือเสมือนว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้าเองทุกประการ

หากการมอบอำนาจการดำเนินการขอรับประวัติการรักษาของข้าพเจ้าได้รับความเสียหายข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ
ในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เพื่อเป็นหลักฐานจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ
(.....)
ผู้มอบอำนาจ

ลงชื่อ
(.....)
ผู้รับมอบอำนาจ

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)