附件3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 办理《出生医学证明》授权委托书 | | | |
| 委托人姓名 | |  | |
| 有效身份证件类别 |  | 证件号码 |  |
| 联系电话 |  | | |
| 受委托人姓名 | |  | |
| 有效身份证件类别 |  | 证件号码 |  |
| 联系电话 |  | | |
| 委托人（姓名） 于 年 月 日在 （新生儿出生地点）分娩。分娩的新生儿姓名 ，性别 （男、女）。现授权委托 （受委托人姓名）办理《出生医学证明》。  凡在上述委托权利内，由受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： 受委托人签字：   年 月 日 年 月 日 | | | |