

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน..... ซึ่งเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ คู่สมรส
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่oได้.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่oได้.....
เกี่ยวข้องกับ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ คู่สมรส ☐ อื่น ๆ ระบุ..... ของผู้ป่วย
เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแก้ไขประวัติในเวชระเบียนแทนผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....
เลขบัตร รพ.ม.อ.เนื่องจาก.....

ซึ่งข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เปิดเผยประวัติในเวชระเบียน และขอรับผิดชอบในการที่
ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง ทุกประการ
เพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ ได้ลงลายมือชื่อ/พิมพ์ลาย
นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

เอกสารที่ต้องแสดงต่อเจ้าหน้าที่ พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับ

- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ป่วย 1 ฉบับ
- กรณีญาติสายตรงเป็น ผู้มอบอำนาจแทนตัวผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี หรือไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของญาติสายตรง 1 ฉบับ
 - สำเนาหลักฐานที่เชื่อได้ว่าเป็นญาติสายตรง 1 ฉบับ เช่น สูติบัตร หรือ ทะเบียนบ้าน ของผู้ป่วย
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ 1 ฉบับ