



## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ด้วยข้าพเจ้า (ชื่อ - นามสกุล) ..... อายุ ..... ปี  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
ตรอก / ซอย ..... ถนน ..... หมู่บ้าน ..... ตำบล / แขวง .....  
อำเภอ / เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....  
เกี่ยวข้องกับ ( ) ผู้ป่วย ( ) ผู้แทนผู้ป่วย ชื่อ - สกุล ..... ในฐานะเป็น  
(บุตร, บิดา, มารดา, สามี, ภรรยา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย) ระบุ .....  
ขอมอบอำนาจให้ (ชื่อ - นามสกุล) ..... อายุ ..... ปี  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
ตรอก / ซอย ..... ถนน ..... หมู่บ้าน ..... ตำบล / แขวง .....  
อำเภอ / เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....  
เป็นผู้เปิดเผยประวัติการรักษาและขอสำเนาประวัติเวชระเบียนของผู้มอบอำนาจ

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่ง ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ  
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

หมายเหตุ : ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือทะเบียนของผู้มอบอำนาจ  
และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือทะเบียนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง