



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..... ชื่อเกี่ยวข้องเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจเต็มในการดำเนินการ..... แทนข้าพเจ้าโดย
ถือสมอ่วมว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้าเองทุกประการ

หากการมอบอำนาจการดำเนินการขอรับประวัติการรักษาของข้าพเจ้าได้รับความเสียหายข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ
ในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เพื่อเป็นหลักฐานจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มอบอำนาจ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)