

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง /นางสาว).....
เลขประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/เขต.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องกับ () ผู้ป่วย () ผู้แทน ชื่อ-สกุล.....
ในฐานะเป็น บุตร บิดา มารดา คู่สมรส สามี ภรรยา ผู้ชอบธรรมตามกฎหมาย
ระบุ..... ขอมอบอำนาจให้ (นาย/ นาง /นางสาว)..... อายุ..... ปี
เลขประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/เขต.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
() เพื่อนำไปรักษาต่อ ที่อื่น โปรตรระบุ.....
() เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบทางกฎหมาย /คดีความ /ศาล
() เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบ ทำประกันชีวิต/ เคลมประกันชีวิต บริษัท.....
() อื่นๆ โปรตรระบุ.....

เพื่อเป็นหลักฐานให้กับโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จึงได้ลงชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยานเจ้าหน้าที่
(.....)