



โรงพยาบาลเสลาภูมิ
SELAPHUM HOSPITAL

หนังสือมอบอำนาจ

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

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ เลขที่.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้แทนผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....
(ในฐานะเป็นบุตร, บิดา, มารดา, สามี, ภรรยา หรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย) ระบุ.....
ขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
บัตรประชาชนเลขที่.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทร.....

เป็นผู้เปิดเผยประวัติการรักษาและเข้าถึงเวชระเบียนของผู้มอบอำนาจการใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำ
ไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)ตัวบรรจง