

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....(เจ้าของเวชระเบียน)

เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/เขต.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....(ผู้แทนเจ้าของเวชระเบียน)

เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/เขต.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการในการขอประวัติการรักษา/สำเนาเวชระเบียน และเป็นผู้เปิดเผยประวัติการรักษาและเข้าถึงเวชระเบียนแทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการใดๆที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(เจ้าของเวชระเบียน)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ผู้แทนเจ้าของเวชระเบียน)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

### หมายเหตุ

1. ผู้มอบอำนาจรับรองสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
2. ผู้รับมอบอำนาจรับรองสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ