



## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร  
ประจำตัวข้าราชการ/ประชาชนเลขที่..... ออกโดย.....  
วันที่ออกบัตร..... บัตรหมดอายุวันที่..... ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....  
หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
ไม่สามารถมาดำเนินการด้วยตนเองได้เนื่องจาก.....  
จึงมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวข้าราชการ/  
ประชาชนเลขที่..... ออกโดย.....  
วันที่ออกบัตร..... บัตรหมดอายุวันที่..... ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....  
หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เป็นผู้มีอำนาจเต็มในการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

ขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาล

ขอสำเนาใบสรุปค่ารักษาพยาบาล

ขอใบรับรองแพทย์โรงพยาบาลฯ

ขอใบรับรองแพทย์ประกันชีวิต (ใบรายงานแพทย์บริษัทฯ)

อื่นๆ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า  
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยานแล้ว  
(พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนพยานพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ/ลายพิมพ์ลายนิ้วมือของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ  
/ลายพิมพ์ลายนิ้วมือ ต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

(ลงชื่อ).....พยาน  
ตัวบรรจง(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
ตัวบรรจง(.....)

