



ชื่อ-สกุล.....

H.N.....

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

.....
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นบิดา/มารดา ของ.....

ขอมอบอำนาจให้.....ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจในการดำเนินการแทนข้าพเจ้าในการนำ.....

เข้ารับการตรวจรักษา รวมทั้งมีอำนาจในการนำเข้ารับรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในสถาบันราชานุกุล จนเสร็จสิ้น

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

หมายเหตุ ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ต้องถ่ายเอกสารบัตรประจำตัวประชาชน และรับรองสำเนาถูกต้อง