ใบมอบฉันทะการขอประวัติการรักษา

เขียนที่ .....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมาย

ข้าพเจ้า(นาย / นาง /นางสาว)..... .....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่ .....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เลขบัตรประชาชน
....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอให้ความยินยอมและมอบฉันทะให้ (นาย / นาง / นางสาว).....อายุ……ปี
อยู่บ้านเลขที่ .....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เลขบัตรประชาชน
.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....กับข้าพเจ้า
เป็นผู้ดำเนินการขอประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แทนข้าพเจ้า ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอมและมอบฉันทะ
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับความยินยอมและมอบฉันทะ
(.....)