

**หนังสือมอบอำนาจ
กรณีรับเงินสงเคราะห์แทนผู้ป่วยวัณโรค**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุลผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยวัณโรค
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวที่ราชการออกให้
รักษาที่โรงพยาบาลไม่สามารถเปิดบัญชีเพื่อรับเงินสงเคราะห์ดังกล่าวได้
เนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

จึงขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)
ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวที่ราชการออกให้.....
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต
จังหวัด เป็นผู้รับมอบอำนาจแทนข้าพเจ้า

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่ง
ข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้า
พยานแล้ว

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

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

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง