

หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ
ที่ไม่สามารถเดินทางมายืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

อายุ.....ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้

ได้มอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)

อายุ.....ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้

เป็นผู้มีอำนาจจัดการในการยืนยันตัวตนโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 แทนข้าพเจ้า
จนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้า
ได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

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

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน