

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา

กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่.....วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช.....

วันที่.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ...2564....

ข้าพเจ้า.....ชื่อ-นามสกุลของ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองของนักศึกษา.....ผู้เป็นบิดา, มารดา, หรือผู้ปกครอง

ของ (นาย/นางสาว).....ชื่อ-นามสกุล ของนักศึกษา.....

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....ที่อยู่ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา..วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช...

เป็นผู้ดูแล (นาย/นางสาว).....ชื่อ-นามสกุล ของนักศึกษา.....

ถ้า (นาย/นางสาว).....ชื่อ-นามสกุล ของนักศึกษา.....เจ็บป่วย

แม้ต้องถึงทำการผ่าตัดและต้องใช้จ่ายระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการ

ลงชื่อ...ลายเซ็นบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง...บิดา,มารดา,หรือผู้ปกครอง
(...เขียนชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง...)

ลงชื่อ...ไม่ต้องกรอกข้อความใดๆ.....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
(นางสาววรรณภา ประทุมโทน)

ลงชื่อ...ชื่อ-นามสกุลของญาติ (อายุ 20 ปีขึ้นไป)...พยาน
(.....)

ลงชื่อ...ไม่ต้องกรอกข้อความใดๆ....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : 1. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ

2. ข้อความใดไม่ใช้ให้ขีดฆ่า