

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
 กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่.....วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช.....
 วันที่.....13.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ...2563.....

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 ประทุโทน)

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

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

หมายเหตุ : 1. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
 2. ข้อความใดไม่ใช้ให้ขีดฆ่า