สบช.3

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่...

วันที่...............เดือน...พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า...ผู้เป็นบิดา, มารดา, ผู้ปกครอง

ของ (นาย, นางสาว) ....

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่..................ตรอก/ซอย..ถนน...หมู่ที่.......................

ตำบล/แขวง...อำเภอ/เขต...จังหวัด...

ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา..

เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย, นางสาว) ....

ถ้า (นาย, นางสาว) ....เจ็บป่วย

แม้ต้องถึงทำการผ่าตัดและต้องใช้ยาระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ จัดการได้ทุกๆ อย่างตามที่เห็นสมควร

(ลงชื่อ) ....บิดา, มารดา, หรือผู้ปกครอง

(...)

(ลงชื่อ)...ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา

(...)

(ลงชื่อ)...พยาน

(...)

(ลงชื่อ)...พยาน

(...)

หมายเหตุ : 1. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ

2. ข้อความใดไม่ใช้ให้ขีดฆ่า