

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

เมื่อต้องถึงทำการผ่าตัดและต้องใช้จ่ายระวังความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ

จัดการได้ทุกๆ อย่างตามที่เห็นสมควร

(ลงชื่อ).....บิดา,มารดา,หรือผู้ปกครอง

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

- หมายเหตุ
1. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
 2. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า