

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา

กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา, มารดา, หรือผู้ปกครอง

ของ (นาย,นางสาว).....

ตั้งบ้านเรือนอยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

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

ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา.....

เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย/นางสาว).....

ถ้า (นาย/นางสาว).....เจ็บป่วย แม้ต้อง

ถึงทำการผ่าตัดและต้องใช้จ่ายระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ

จัดการได้ทุกๆ อย่างตามที่เห็นสมควร

(ลงชื่อ).....บิดา, มารดา, ผู้ปกครอง

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : ๑. แบบพิมพ์ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ

๒. ข้อความใดไม่ใช้ให้ขีดฆ่า