

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา

กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของ
(นาย,นางสาว).....

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

ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ขอมอบให้แพทย์
ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา.....

เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย, นางสาว).....

ถ้า (นาย, นางสาว).....เจ็บป่วยแม่

ต้องถึงทำการผ่าตัดและต้องใช้จ่ายระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ
จัดการได้ทุกๆ อย่างตามที่เห็นสมควร

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

(ลงชื่อ) ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

หมายเหตุ :

1. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
2. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า