

**ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา  
กระทรวงสาธารณสุข**

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

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา, มารดา, หรือผู้ปกครอง ของ  
( นาย,นางสาว ).....  
ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา.....  
เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย,นางสาว).....  
ถ้า (นาย,นางสาว).....เจ็บป่วยแม้  
ต้องถึงทำการผ่าตัดและต้องใช้จ่ายระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ  
จัดการได้ทุกอย่างตามที่เห็นสมควร

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

(ลงชื่อ) .....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา  
(.....)

(ลงชื่อ) .....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ) .....พยาน  
(.....)

- หมายเหตุ :
1. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
  2. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า