

**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