

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
 กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
 วันที่ ๑๓ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง
 ของ (นาย , นางสาว).....
 ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่..... หมู่ที่ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด

ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
 เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย , นางสาว)
 ถ้ารักษา (นาย , นางสาว)

แม้ต้องถึงทำการผ่าตัดและต้องใช้จ่ายระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ
 จัดการได้ทุก ๆ อย่างตามที่เห็นสมควร

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

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการ
 สถาบันการศึกษา
 (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

หมายเหตุ : ๑. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
 ๒. ข้อความใดไม่ใช้ให้ขีดฆ่า