



แบบให้คำยินยอม
การดูแลเมื่อนักศึกษาป่วย

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ปกครอง)

เลขประจำตัวประชาชน.....บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในฐานะผู้ปกครองโดยเกี่ยวข้องเป็น.....ของ (นาย/นาง/นางสาว).....

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่.....สิทธิประกันสุขภาพของนักศึกษา โปรดระบุสิทธิ ให้ทำเครื่องหมาย

ในช่องที่ตรงกับสิทธิที่ใช้ บัตรทอง 30 บาท สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม

วัน/เดือน/ปีเกิด ของนักศึกษา...../...../.....เลขบัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้ายินยอมและอนุญาตให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ดำเนินการใด ๆ แก่
นาย/นาง/นางสาว.....เพื่อเป็นการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย
หรือเพื่อให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพเมื่อมีความจำเป็น และยินยอมให้ วิทยาลัย-
พยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เป็นผู้ลงนามแทนข้าพเจ้าในแบบให้คำยินยอมเพื่อการรักษา หรือ
ผ่าตัดตามที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ กำหนด จึงได้ลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

ลงชื่อ.....นักศึกษา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)