

**แบบให้คำยินยอม**

**การดูแลเมื่อนักศึกษาป่วย**

เขียนที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

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

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)..................................................................................................................

บัตรประชาชนเลขที่...............................................................อยู่บ้านเลขที่.................หมู่.................ถนน..................

.................................ตำบล...........................................อำเภอ................................จังหวัด......................................

ในฐานะผู้ปกครองโดยเกี่ยวข้องเป็น...............................ของนาย/นางสาว/นาง........................................................

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ ....51.........สิทธิประกันสุขภาพของนักศึกษา โปรดระบุสิทธิ์ ให้ทำเครื่องหมายในช่องที่ตรงกับสิทธิ์ที่ใช้ 🞎 บัตรทอง 30 บาท 🞎 สิทธิข้าราชการ 🞎 สิทธิประกันสังคม

วัน/เดือน/ ปีเกิด ของนักศึกษา ........./................../...........เลขบัตรประชาชนนักศึกษา...................................

ข้าพเจ้ายินยอมและอนุญาตให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ดำเนินการใดๆแก่ นาย/นางสาว/นาง...........................................................................เพื่อเป็นการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยหรือเพื่อให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพเมื่อมีความจำเป็น และยินยอมให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เป็นผู้ลงนามแทนข้าพเจ้าในแบบให้คำยินยอมเพื่อการรักษาหรือผ่าตัดตามที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพนั้นๆกำหนด จึงได้ลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ............................. .ผู้ปกครอง(...................................................)

ลงชื่อ............................. .พยาน(...................................................)

ลงชื่อ............................. .นักศึกษา(...................................................)