



แบบให้คำยินยอม การดูแลเมื่อนักศึกษาป่วย

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในฐานะผู้ปกครองโดยเกี่ยวข้องเป็นของนาย / นาง / นางสาว.....

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ ๖๔

ข้าพเจ้ายินยอม และอนุญาตให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ดำเนินการใด ๆ แก่
นาย / นาง / นางสาวเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น
เมื่อเจ็บป่วย หรือเพื่อให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น และยินยอมให้
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เป็นผู้ลงนามแทนข้าพเจ้าในแบบให้คำยินยอมเพื่อการรักษาหรือผ่าตัด
ตามที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ กำหนด จึงได้ลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)

ลงชื่อ.....นักศึกษา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)