



แบบให้คำยินยอม การดูแลเมื่อนักศึกษาป่วย

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

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

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในฐานะผู้ปกครองโดยเกี่ยวข้องเป็นของนาย / นาง / นางสาว.....

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ ๖๕

ข้าพเจ้ายินยอม และอนุญาตให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ดำเนินการใด ๆ แก่

นาย / นาง / นางสาวเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น

เมื่อเจ็บป่วย หรือเพื่อให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น และยินยอมให้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เป็นผู้ลงนามแทนข้าพเจ้าในแบบให้คำยินยอมเพื่อการรักษาหรือผ่าตัด

ตามที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ กำหนด จึงได้ลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

ลงชื่อ.....นักศึกษา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)