



## แบบให้คำยินยอม การดูแลเมื่อนักศึกษาป่วย

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

วันที่ ... เดือน ... พ.ศ. ....

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว/ ยศ .....

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ ๒๔

ข้าพเจ้ายินยอมและอนุญาตให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ดำเนินการใด ๆ แก่ นาย / นาง / นางสาว ..... เพื่อการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วย หรือเพื่อให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น และยินยอมให้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เป็นผู้ลงนามแทนข้าพเจ้าในแบบให้คำยินยอมเพื่อการรักษาหรือผ่าตัด ตามที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ กำหนด จึงได้ลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง  
( ..... )

ลงชื่อ ..... นักศึกษา  
( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... )