

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
 กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา , มารดา , หรือผู้ปกครอง
 ของ (นาย , นางสาว).....
 ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....ต.รอก / ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
 ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....
 ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่นเป็นผู้ดูแลรักษา
 (นาย , นางสาว)ถ้า
 (นาย , นางสาว)เจ็บป่วยแม่
 ต้องถึงทำการผ่าตัดและต้องใช้ยาระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ
 จัดการได้ทุกๆ อย่างตามที่เห็นสมควร

(ลงชื่อ).....บิดา , มารดา , หรือผู้ปกครอง
 (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
 (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

- หมายเหตุ :
1. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
 2. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า