

ใบยินยอมให้เปิดเผยประวัติ (สำหรับญาติ)

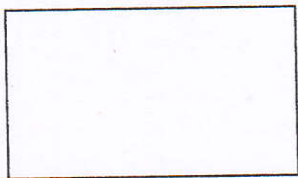
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....

ของ.....ยินยอมให้ทางโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เปิดเผยประวัติการรักษาในอดีตได้

เพื่อจุดประสงค์.....

ข้าพเจ้าจะไม่ฟ้องร้องหรือร้องเรียนทางโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา หากเกิดข้อผิดพลาด ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความผิดพลาดนั้นเอง



ลายพิมพ์นิ้วมือ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอประวัติ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

เรียนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

- เพื่อโปรดพิจารณา () อนุญาต () ไม่อนุญาต

ในการถ่ายประวัติการรักษาพยาบาล

ลงชื่อ.....

(นางสาวกิตติมา เศรษฐ์บุญสร้าง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรม)ชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

- เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
- หมายเหตุ ระยะเวลาในการมารับประวัติหลังจากวันที่ขอ 7 วัน ไม่นับวันหยุดราชการ