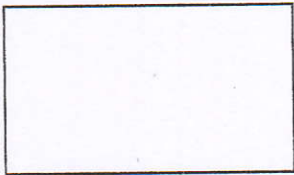


ใบยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล(เจ้าตัว)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เจ้าของประวัติการรักษาพยาบาล ยินยอมให้ทางโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เปิดเผยประวัติการรักษาในอดีตได้ เพื่อ.....
ข้าพเจ้าจะไม่ฟ้องร้องหรือร้องเรียนทางโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา หากเกิดข้อผิดพลาด ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความผิดพลาดนั้นเอง



ลายพิมพ์นิ้วมือ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอประวัติ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

เรียนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
- เพื่อโปรดพิจารณา () อนุญาต () ไม่อนุญาต
ในการถ่ายประวัติการรักษาพยาบาล

ลงชื่อ.....

(นางสาวกิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรม) ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

- เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
- หมายเหตุ ระยะเวลาในการมารับประวัติหลังจากวันที่ขอ 7 วัน ไม่รวมวันหยุดราชการ