



หนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษา
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ..... ปี
ตามรายละเอียดที่แนบมาใน บัตรประชาชน เลขที่
 บัตรข้าราชการ เลขที่สังกัด
 บัตรอื่น ๆ (ระบุ)
ในฐานะผู้ปกครองของ ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาวเข้ารับการรักษา
ทางทันตกรรมโดยการผ่าฟันคุด/ถอนฟัน ในกิจกรรมโครงการวันทันตสาธารณสุข ในวันที่ 21 ตุลาคม 2563

ลงชื่อ ผู้ปกครองของผู้ป่วย
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)