



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
หนังสือแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว
ให้เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

วันที่ 2 เดือน คค พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) (ผู้ให้ความยินยอม)
อายุ 35 ปี อยู่เลขที่ 28 ตรอก/ซอย สุขุมวิท 22 ถนน ตำบล/แขวง คสจ ๖๓๗
อำเภอ/เขต ๑๑ ๑๗๖๐๗๖ จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10110
ขอแสดงความยินยอมให้ (นาย/นาง/นางสาว) หรือบุคลากรในสังกัด
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล นำข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่
เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 1 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563
ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ไปตีพิมพ์ หรือเผยแพร่โดยวิธีอื่นใด เพื่อประโยชน์ในทาง
วิชาการ หรือเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์เท่านั้น
ทั้งนี้ (นาย/นาง/นางสาว) หรือบุคลากรในสังกัด
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะไม่เปิดเผยชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ของข้าพเจ้าใน
รายงานทางวิชาการหรือในการเผยแพร่โดยวิธีอื่นดังกล่าวข้างต้น
อนึ่ง ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากแพทย์หรือผู้วิจัยเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์
ในทางวิชาการหรือเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์โดยละเอียดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ) (ผู้ให้ความยินยอม)

(ลงชื่อ) (พยาน)

(ลงชื่อ) (พยาน)