



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.(กพศ.โทร.๒๗๔๖๓)

ที่ กท ๐๖๓๓.๗(๒๐)/

วันที่

พ.ค.๖๕

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ชั้นปีที่ ๑
ปีการศึกษา ๒๕๖๕

เรียน

๑. ด้วย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. เปิดฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๗ และ หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๑ ถึงปัจจุบันรวมทั้งสิ้น ๑๗ สาขา ในปีการศึกษา ๒๕๖๕ นี้ คณอก.การศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. เห็นสมควรจัดโครงการปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ชั้นปีที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๖ - ๓๐ มิ.ย.๖๕ และเข้ารับการฝึกอบรมในแต่ละสาขาตั้งแต่วันที่ ๑ ก.ค.๖๕ เป็นต้นไป โครงการปฐมนิเทศเป็นกิจกรรมที่จัดทำขึ้นเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ได้รับทราบภารกิจ บทบาทหน้าที่ และสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้บริหาร อาจารย์แพทย์ และผู้เกี่ยวข้องที่ต้องติดต่อประสานขณะเข้ารับการฝึกอบรม ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือและการพัฒนางานด้านการฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

๒. เพื่อให้การดำเนินการในข้อ ๑ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและตรงตามวัตถุประสงค์ จึงขอเชิญ นายแพทย์/แพทย์หญิง..... เข้าร่วมโครงการฯ ในวันที่ ๖ - ๓๐ มิ.ย.๖๕ โดยสามารถเข้าร่วมโครงการฯ ได้โดยไม่ถือว่าเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา รายละเอียดกำหนดการตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการให้ต่อไป

น.อ.

รอง ผอ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.(๒)

รายการที่ต้องเตรียม/ดำเนินการ (สำหรับแพทย์ประจำบ้านที่มีต้นสังกัด) ดังนี้

๑. รูปถ่ายสี (หน้าตรง) ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป เครื่องแบบราชการ หรือ ชุดสุภาพ (ไม่สวมชุดครุย)
๒. เอกสารสำคัญที่ต้องเตรียมพร้อมทั้งเซ็นสำเนาถูกต้องทุกแผ่น ดังนี้
 - ๒.๑ สำเนาบัตรประชาชน (smart card) จำนวน ๓ ชุด
 - ๒.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๓ ชุด
 - ๒.๓ สำเนาวุฒิการศึกษา หรือหนังสือรับรองผลการศึกษา จำนวน ๓ ชุด
 - ๒.๔ สำเนาใบประกาศปริญญาบัตรจากสถาบัน จำนวน ๓ ชุด
 - ๒.๕ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ จำนวน ๓ ชุด
 - ๒.๖ สำเนาทะเบียนรถยนต์ (กรณีขอบัตรผ่านเข้า-ออกช่องทางกองทัพอากาศ) จำนวน ๑ ชุด
 - ๒.๗ สำเนาเลขที่บัญชีธนาคารทหารไทย ประเภทออมทรัพย์ สาขาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เท่านั้น จำนวน ๓ ชุด (โดยแพทย์ประจำบ้านดำเนินการเปิดบัญชีล่วงหน้าด้วยตนเอง)
 - ๒.๘ สำเนาทะเบียนบ้านบิดา - มารดา (ถ้าเสียชีวิตให้สำเนาใบมรณะบัตรมาด้วย) จำนวน ๓ ชุด
๓. กรณมากรอกข้อมูลรายละเอียดในแบบฟอร์มตาม file ที่แนบ ดังนี้
 - ๓.๑ บันทึกประวัติย่อ (ทอ.ชว.๐๔๕)
 - ๓.๒ ประวัติแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๕
 - ๓.๓ แบบรายงานขอบัตรยานพาหนะหมายเลข ๓ (เฉพาะผู้มีรถยนต์และต้องการทำบัตรผ่าน เข้า-ออกช่องทางกองทัพอากาศ (ดำเนินการให้คนละ ๑ คัน เท่านั้น)
 - ๓.๔ ประวัติสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์
 - ๓.๕ แบบฟอร์มเอกสารประกอบการลงทะเบียนผู้ป่วย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. (OPD card)
๔. เปิดบัญชีธนาคารทหารไทย ประเภทออมทรัพย์ สาขาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เท่านั้น
โดยขอให้ดำเนินการก่อนวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๕
๕. สำหรับผู้ที่แจ้งความจำนงค์ต้องการที่พักอาศัยในหอพักแพทย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. สามารถจองได้ในวันที่ ๖ มิ.ย.๖๕ พร้อมชำระเงิน ซึ่งจะเริ่มเข้าพักอาศัยได้เดือนสิงหาคมเป็นต้นไป หากมีการเปลี่ยนแปลงจะแจ้งให้ทราบ โดยให้แพทย์ประจำบ้านศึกษารายละเอียดในเอกสารชี้แจงหอพักแพทย์

หมายเหตุ

* หากมีข้อสงสัย/สอบถาม ติดต่อประสานโดยตรงที่

นาวาอากาศโทหญิง ปิยะฉัตร วิเศษศิริ โทร.๐๒ ๕๓๔ ๗๔๖๕ (เฉพาะในเวลาราชการ)

คุณเพ็ญนัฐสุรางค์ มีชูสาร โทร.๐๒ ๕๓๔ ๗๔๖๓ Line Id : ๒๘๐๙๒๕๕๑ ,Email : bonvoye@gmail.com

.....
(ชั้นความลับ)
บันทึกประวัติย่อ

๑. ชื่อและนามสกุล.....
ชื่อเดิมและนามสกุลเดิม.....
ชื่อเล่น, ชื่ออื่น ๆ (ถ้ามี).....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
๓. เกิดที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
ถนน.....ตรอก/ซอย.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
๔. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
๕. ที่อยู่ปัจจุบันเป็น บ้านส่วนตัว / บ้านเช่า.....
ชื่อเจ้าของบ้าน.....
อาชีพเจ้าของบ้าน.....
สถานที่ทำงานเจ้าของบ้าน.....

ชื่อชาติ สัญชาติ ศาสนา น้ำหนัก.....กก. สูง.....ซม. ผิวเนื้อ..... รูปใบหน้า..... ผมสี..... ตาสี..... ตำหนิแผลเป็นที่เห็นเด่นชัด บุคลิกลักษณะที่เห็นเด่นชัด	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ตีกรูปถ่าย </div>
--	--

๖. บัตรประจำตัวประชาชนหมายเลข.....ออก ณ อำเภอ.....
จังหวัด.....บัตรหมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
๗. ระยะเวลา ๑๕ ปี ที่ผ่านมา พ.ศ.ใด ที่ท่านเคยอาศัย ณ ตำบล, อำเภอ, จังหวัดอะไรตามรายการข้างล่าง

ระยะเวลา		บ้านเลขที่, ถนน, ตำบล, อำเภอ	จังหวัด	ประเทศ
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.			

๘. ประวัติการศึกษา (เคยเรียนหนังสือสำเร็จชั้นใด หรือหลักสูตรใดบ้าง แจกตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		ชื่อและที่ตั้งของโรงเรียน	ผลการศึกษา		
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.		ระดับ	สำเร็จ	ไม่สำเร็จ

(ชั้นความลับ)

๙. ประวัติอาชีพ (ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ประกอบอาชีพอะไรบ้าง แจงตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		ชื่อและที่ตั้งของสถานที่ทำงาน	ชื่อนายจ้าง	เหตุที่ออก
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.			

๑๐. ชื่อบุคคลที่รู้จักใกล้ชิด (ไม่ใช่ญาติพี่น้อง) เช่น นายจ้าง, เพื่อนบ้าน, เพื่อนสนิท จำนวน ๕ คน

ชื่อ - นามสกุล	อาชีพ	บ้านเลขที่, ถนน, ตำบล, อำเภอ, จังหวัด	จำนวนปีที่รู้จัก

๑๑. ประวัติครอบครัว บิดา, มารดา, สามีนี, ภรรยา พี่น้องร่วมสายโลหิตทั้งหมด

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	อาชีพ	ที่อยู่อาศัย
บิดา				
มารดา				
ภรรยา, สามีนี				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				

๑๒. หมายเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และได้ลงลายมือชื่อของข้าพเจ้าไว้เป็นสำคัญ วัน, เดือน, ปี ที่แจ้ง.....

(ลงชื่อ).....

เจ้าของประวัติ

เจ้าหน้าที่บันทึก

...../...../.....

(ชั้นความลับ)

ประวัติแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุลชื่อเล่น.....
ชื่อภาษาอังกฤษ (ตัวบรรจง).....
เกิดวันเดือนปี.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประชาชน.....เลขที่บัตรข้าราชการ.....
ที่อยู่ทะเบียนบ้าน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
โทร.บ้าน.....โทรมือถือ.....
E-mail.....Line id

ชื่อบิดา.....โทร.....
ชื่อมารดา.....โทร.....
อบรมสาขา.....
สำเร็จการศึกษาสถาบัน.....ปี.....เกรดเฉลี่ย.....
ใช้ทุนที่.....สังกัด.....ใบ ว.
เลขที่บัญชี ธ.ทหารไทย สาขา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน
๑.ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น โทร.....
๒.ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น โทร.....

แบบรายงานขอบัตรยานพาหนะหมายเลข ๓
(ข้าราชการหน่วยนอก ทอ.และบุคคลภายนอก)

(ผนวก ข)

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอบัตรยานพาหนะ
เรียน ผบ.ตม.(ผ่าน ทก.กรปรก.สน.ผบ.ตม.)

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
สถานที่ติดต่อ.....หมายเลขโทรศัพท์.....
ใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ เลขที่.....ออกโดย.....บัตรหมดอายุ.....
มีความประสงค์ขอมอบบัตรยานพาหนะผ่านเข้า-ออก ตามเส้นทางที่กำหนดไว้โดยมียานพาหนะดังนี้
รถยนต์นั่งส่วนบุคคล รถจักรยานยนต์ ยี่ห้อ.....สี.....หมายเลขทะเบียน.....
จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน ทก.กรปรก.สน.ผบ.ตม.

เรียน ผบ.ตม.

เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

อนุมัติ

น.ท.

น.อ.

พล.อ.ต.

ทน.ผทพท.กรปรก.สน.ผบ.ตม.

ทก.กรปรก.สน.ผบ.ตม.

ผบ.ตม.

สัญญาค้ำประกัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ยศ,ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

สถานที่ติดต่อ.....โทร.....

ยศ,ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

สถานที่ติดต่อ.....โทร.....

ข้าพเจ้าทั้งสองขอรับรองว่าตามที่.....

ขอนำรถหมายเลขทะเบียน.....ผ่านเข้า-ออกเขต ทอ.

ประจำปี.....และหากมีความเสียหายเกิดขึ้นกับ ทอ.

อันเนื่องมาจากการผ่านเข้า-ออกของยานพาหนะดังกล่าวไม่ว่ากรณี

ใดๆข้าพเจ้าทั้งสองยินยอมชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดหรือบางส่วนที่ยัง

ค้างชำระให้กับทางราชการแทนภายในกำหนด ๓๐ วัน นับแต่ได้รับ

แจ้งให้ทราบ หากผิดสัญญา ข้าพเจ้าทั้งสองยินยอมให้หน่วยต้น

สังกัดหักเงินเดือนของข้าพเจ้าทั้งสองชดใช้ให้แก่ทางราชการเป็น

รายเดือนจนกว่าจะครบจำนวนที่ต้องชดใช้ ข้าพเจ้าทั้งสองได้แนบ

สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการมาแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

คำยินยอม

๑.ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตาม พ.ร.บ.จราจรทางบก,ระเบียบกองทัพอากาศ
ว่าด้วยการจราจรทางบกและระเบียบกองทัพอากาศว่าด้วยการผ่าน
เข้า-ออกทุกประการ

๒.ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สท.ทอ.ที่เกี่ยวข้อง
หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่ออก
บัตรโดยเคร่งครัด

๓.หากข้าพเจ้าทำให้ทรัพย์สิน ของทางราชการ กองทัพอากาศเกิด
ความเสียหาย ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้ค่าเสียหายให้กับกองทัพอากาศ
ทันที

๔.ข้าพเจ้าจะใช้บัตรกับยานพาหนะที่มีหมายเลขทะเบียนยานพาหนะ
ที่ระบุไว้ในบัตรและใช้ยานพาหนะผ่านช่องทาง ทอ.๑,๒,๖,๗,๑๐ และ
ทอ.๑๑ เท่านั้น

๕.หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำยินยอมข้อหนึ่งข้อใด ข้าพเจ้ายินยอม
ให้ยึดบัตรยานพาหนะคืนและดำเนินการตามกฎหมายทันที และ
ข้าพเจ้า จะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆ ทั้งสิ้น

.....ผู้ให้ความยินยอม

หลักฐานประกอบการขอบัตร

() สำเนาบัตรประจำตัว () สำเนาหนังสือสัญญาเช่าซื้อรถ

() สำเนาใบอนุญาตขับรถ () สำเนาทะเบียนบ้าน,ทะเบียนสมรส

() สำเนาทะเบียนรถยนต์ () สำเนาบัตรประจำตัวผู้ค้ำประกัน ๒คน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

ตำแหน่ง.....

ประวัติสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ชื่อ-สกุล.....

วันเดือนปีเกิด/...../..... อายุ ปี เพศ หญิง ชาย นิสิตแพทย์ ชั้นปีที่..... แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

โรคประจำตัว (physical / psychological) และ การรักษาพยาบาล.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยที่รุนแรง/นอนโรงพยาบาล
2. ผลการตรวจทางเคมี (วตป.ที่ตรวจ/...../.....) (กรุณาระบุผลการตรวจและแนบผลการตรวจ)
 - a) CBC
 - b) UA
 - c) BUN/Cr
 - d) LFT SGOT..... SGPT..... Alk phos.....
3. ผลการตรวจคัดกรองวัณโรค
 - เอ็กซเรย์ปอด (วตป.ที่ตรวจ/...../.....) ผลตรวจ(* แนบผลการอ่านฟิล์ม)
4. ผลการตรวจภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ** (กรุณานแนบผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรค)

การตรวจภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อ	การตรวจภูมิคุ้มกันโรค			
	วตป.ที่ตรวจ	ผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรค	ผลการตรวจ	
Hepatitis B virus		HBsAg	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
		Anti-HBs Ab	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Measles		Measles IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Mumps		Mumps IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Rubella		Rubella IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Varicella		Varicella IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
		ประวัติเคยเป็นสุกใส วตป/...../.....		

5. ประวัติการฉีดวัคซีน

- a) Tdap (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis) วตป.ที่ฉีด/...../.....
- b) Influenza วตป.ที่ฉีด/...../.....
- c) COVID - 19 ** (แนบประวัติการรับวัคซีน) วตป.ที่ฉีด/...../.....

ขอรับรองว่าประวัติและผลการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

วตป...../...../.....

หมายเหตุ * การตรวจผลเลือดและเอ็กซเรย์ กรุณานแนบผลการตรวจเลือด และผลการอ่านฟิล์ม

** การตรวจภูมิคุ้มกันโรค กรุณานแนบผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรคที่ตรวจ ภายในระยะเวลา 1 ปี

เอกสารประกอบการลงทะเบียนผู้ป่วย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

เลขที่บัตรประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	สิทธิการรักษา <input type="radio"/> บัตรจ่ายตรง <input type="radio"/> ประกันสุขภาพ <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> บริษัทผู้สัญญา <input type="radio"/> คัดสีกัด <input type="radio"/> เงินสด <input type="radio"/> อื่นๆ
เลขที่บัตรตัว / Passport _____	
สำนักบัตรชื่อ <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นางสาว <input type="radio"/> น.ส. <input type="radio"/> น.ส. <input type="radio"/> อื่นๆ _____	
(ภาษาไทย) ชื่อ _____ สกุล _____	
(ภาษาอังกฤษ) _____	
First name _____ Middle name _____ Last name _____	
เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง วัน เดือน ปี เกิด _____ / _____ / _____ อายุ _____ ปี	
ที่อยู่ _____ สัญชาติ _____ ศาสนา _____	
สถานภาพสมรส <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรส <input type="radio"/> หย่า <input type="radio"/> หย่าร้าง อาชีพ _____ สัญชาติ _____	
ชื่อ/สกุลบิดาผู้ป่วย _____	
ชื่อ/สกุลมารดาผู้ป่วย _____	
ชื่อ/สกุล <input type="radio"/> สาขผู้ป่วย <input type="radio"/> ญาตผู้ป่วย _____	
วัตถุประสงค์การติดต่อได้	โทรศัพท์
บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____	บ้าน _____
ถนน _____ ตำบล/แขวง _____	มือถือ _____
อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____	
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> อยู่นับที่อยูปัจจุบัน	
บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____ ถนน _____	
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____	
ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> หมายถึง ผู้ใกล้ชิดผู้ลงทะเบียนหรือญาติในกรณีฉุกเฉิน	
ชื่อ/สกุล _____ เบอร์โทรศัพท์ _____	เบอร์ผู้ป่วย _____
บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____	โทรศัพท์
ถนน _____ ตำบล/แขวง _____	บ้าน _____
อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____	มือถือ _____
ประเภทการติดต่อ (เช่น บำบัดทุกข์ บำรุงชีวิต เป็นต้น) <input type="radio"/> ญาติ (บุตร) <input type="radio"/> ญาติ (พี่ชาย) <input type="radio"/> ไม่ทราบ	ไรศภาคจำตัว _____ หมู่ที่ _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ตนเป็นผู้ลงทะเบียนมีความจริงทุกประการ และยินยอมให้รวบรวมข้อมูลทางทะเบียนโรค พยาธิวิทยา รวมทั้งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการเฝ้าระวังโรคและมาตรการควบคุมโรคของกรมแพทย์ทหารอากาศ หรือผู้เกี่ยวข้องในกรณีฉุกเฉิน หรือเมื่อสถานการณ์ระบาด และหากทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ผู้นำส่ง
 วันที่ _____ / _____ / _____