

หนังสือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

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

เรียน เจ้ากรมแพทย์ทหารบก

ข้าพเจ้า ทหารกองเกิน นาย.....อายุ.....ปี
หมายเลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

ในกรณีที่ทหารกองเกินเป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือเป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ และมีผู้บริบาลเป็น
ผู้ให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
หมายเลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

เป็น.....ของ ทหารกองเกิน (ชื่อ-สกุล).....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กรมแพทย์ทหารบก กองทัพบก เปิดเผยและแลกเปลี่ยน
ข้อมูลของ ข้าพเจ้าทหารกองเกิน ข้อมูลที่เปิดเผยได้แก่

๑. ชื่อ - นามสกุล ที่อยู่ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน หมายเลขโทรศัพท์ และภาพถ่าย
บุคคล ภาพถ่ายบัตรประชาชน

๒. ประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลการตรวจรักษา /การผ่าตัด /การใช้ยา/ ตรวจรักษาทางรังสีและ
กระทำหัตถการ หรืออื่นใด และให้ถือว่าฉบับนี้ สำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำสำเนา
ขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ภาพถ่าย หรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใดๆ เป็น
หลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

การใช้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเพื่อให้หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเป็นประโยชน์ในการดำเนินการ
ตรวจคัดเลือกทหารกองเกินเข้าเป็นทหารกองประจำการ


ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในหนังสือยินยอมฉบับนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็น
หลักฐานต่อหน้าพยาน ณ วัน เดือน ปี ที่ระบุข้างต้น

ลงชื่อ.....ทหารกองเกิน/ผู้ให้ความยินยอม
()

ลงชื่อ.....พยาน
()

กึ่งกลางตัวครุฑ

เล่มที่ เลขที่ สูง ๓ ซม.



กว้าง ๒.๗ ซม.

โรงพยาบาล.....

ใบความเห็นแพทย์

การตรวจร่างกายทหารกองเกินเข้ารับราชการทหารกองประจำการประจำปี ๒๕๖๗ ๑ Enter

วัน เดือน ปี ๑ Enter+ Before ๖ pt

← ย่อหน้า ๑.๒๕ → **ข้าพเจ้า (๑) (แพทย์/แพทย์หญิง) (ยศ-ชื่อ-สกุล).....** ๑ Enter

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... ๑ Enter

(๒)..... ๑ Enter ← ๒ ซม.

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... ๑ Enter

(๓)..... ๑ Enter

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... ๑ Enter

← ๓ ซม. →

ได้ตรวจร่างกาย นาย..... ๑ Enter+ Before ๑๒ pt

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ๐ ๐๐๐๐ ๐๐๐๐๐ ๐๐ ๐ ๑ Enter

เมื่อวันที่..... ๑ Enter

สรุปความเห็น ๑ Enter+ Before ๑๒ pt

๑ Enter

๑ Enter

ภาพบัตรประจำตัวประชาชน

รูปถ่ายบุคคล
พร้อมบัตรประชาชน
ขนาด ๔x๖ ซม.

๑ Enter

๑ Enter

๑ Enter+ Before ๖ pt

๑ Enter

๑ Enter+ Before ๖ pt

๑ Enter

๑ Enter+ Before ๖ pt

๑ Enter

๑ Enter

โรงพยาบาล..... ๑ Enter

โทร.....

ประทับตรา
ส่วนราชการที่
ออกหนังสือ

(๑)..... ๑ Enter ยศและลายมือชื่อ

(๒)..... ๑ Enter (พิมพ์ชื่อเต็ม)

(๓)..... ๑ Enter (พิมพ์ชื่อเต็ม)

..... ๑ Enter (พิมพ์ชื่อเต็ม)

กรรมการแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

เอกสารนี้ประกอบการตรวจร่างกายทหารกองเกินเข้ารับราชการทหารกองประจำการประจำปี ๒๕๖๗

ลายน้ำตราสัญลักษณ์กลางบนอกไม่น้อยกว่า ๑๒ ซม. ไม่มากกว่า ๑๔ ซม.
วงในไม่น้อยกว่า ๑๐ ซม. ไม่มากกว่า ๑๒ ซม.

เส้นผ่าศูนย์กลาง
วงนอกไม่น้อยกว่า ๔.๕ ซม. ไม่มากกว่า ๕.๕ ซม.
วงในไม่น้อยกว่า ๓.๕ ซม. ไม่มากกว่า ๔.๕ ซม.

หมายเหตุ - ขนาดตัวอักษรในการพิมพ์ ให้ใช้ตัวอักษรแบบไทยสารบรรณ (TH Sarabun PSK) ขนาด ๒๐ พอยท์
- คำว่า "ใบความเห็นแพทย์" พิมพ์ตัวอักษรหนา ขนาด ๒๔ พอยท์