|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มยินยอมเจาะเลือดและสิ่งส่งตรวจอื่นๆ (Consent From)****ที่อยู่**.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

เนื่องจากพบผู้ป่วยโรค.................................................................................................................... สถานที่ ณ .......................................................................................................ในวันที่...............................................ศูนย์บริการสาธารณสุข............................................เห็นควรได้รับการตรวจเลือด เพื่อการวินิจฉัยโรค และเป็นประโยชน์ในการป้องกัน และควบคุมโรคต่อไป น็นควร้็H ;lklgh’;PLFKUJIEKUOFIFL;FKFK

**ชื่อ วันที่: (ว/ด/ป)**

**เลขที่บัตรประชาชน**

 **ข้าพเจ้ายินยอมเจาะเลือดส่งตรวจ/สิ่งส่งตรวจ....**

 **ลงชื่อ**

**ชื่อ วันที่: (ว/ด/ป)**

**เลขที่บัตรประชาชน**

 **ข้าพเจ้ายินยอมเจาะเลือดส่งตรวจ/สิ่งส่งตรวจ....**

 **ลงชื่อ**

**ชื่อ วันที่: (ว/ด/ป)**

**เลขที่บัตรประชาชน**

 **ข้าพเจ้ายินยอมเจาะเลือดส่งตรวจ/สิ่งส่งตรวจ....**

 **ลงชื่อ**

**ชื่อ วันที่: (ว/ด/ป)**

**เลขที่บัตรประชาชน**

 **ข้าพเจ้ายินยอมเจาะเลือดส่งตรวจ/สิ่งส่งตรวจ....**

 **ลงชื่อ**

**ชื่อ วันที่: (ว/ด/ป)**

**เลขที่บัตรประชาชน**

 **ข้าพเจ้ายินยอมเจาะเลือดส่งตรวจ/สิ่งส่งตรวจ....**

 **ลงชื่อ**