



คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล  
โทร. 0 2543 9100, 02306 9100  
โทรสาร 0 2306 9135

### หนังสือยินยอม

สำหรับการสัมภาษณ์ บันทึกภาพ เสียง และ/หรือวีดิทัศน์ และดำเนินการเผยแพร่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. .... อายุ..... ปี  
หมายเลขบัตรประชาชน.....เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
ในฐานะ  ผู้ให้ความยินยอม  ผู้มีอำนาจกระทำการแทน เกี่ยวข้องเป็น.....ของ  
นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ. .... อายุ..... ปี หมายเลขบัตรประชาชน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
\*ระบุสาเหตุที่ผู้ให้ความยินยอมมีอาจให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง  
 อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์  ผู้บกพร่องทางกาย-จิต ระบุ.....  อื่นๆ ระบุ.....  
ข้าพเจ้า  ยินยอมให้

ไม่ยินยอมให้.....

- ถ่ายภาพ
- บันทึกเทปวีดิทัศน์
- บันทึกเสียง

#### เพื่อนำไปดำเนินการ

- ประกอบการเรียนการสอน/งานประชุมวิชาการ
- เผยแพร่ผ่านสื่อมวลชน
  - หนังสือพิมพ์  โทรทัศน์  วิทยู
  - นิตยสาร/วารสาร  แผ่นพับ/โปสเตอร์  อื่นๆ.....
- เผยแพร่ผ่าน Social Media .....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นที่เข้าใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน โดยข้าพเจ้าหรือผู้มีอำนาจ  
กระทำการแทนข้าพเจ้า จะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องในทุกกรณี

ลายพิมพ์นิ้วผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....  ผู้ให้ความยินยอม  ผู้มีอำนาจกระทำการแทน  
(.....) วันที่.....  
\*\*กรณีฉุกเฉินและคุกคามต่อชีวิตหรือร่างกายผู้ยินยอม แต่ผู้ยินยอมไม่สามารถตัดสินใจได้เอง และ  
ญาติผู้ตัดสินใจไม่อยู่

ขอรับรองว่าผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ให้ความยินยอมได้ลงลายมือชื่อแสดงเจตนาหรือพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าพยานจริง

ลงชื่อ..... พยาน วันที่.....  
(.....)  
ลงชื่อ..... พยาน วันที่.....  
(.....)