

หนังสือแสดงความยินยอมผู้ปกครอง

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)อายุ.....ปี เลขบัตร
ประจำตัวประชาชนที่ อยู่บ้านเลขที่ หมู่บ้าน /
อาคาร.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... ขอรับรองว่าเป็นผู้ปกครองตาม
กฎหมายของ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว) เลขที่บัตรประจำตัว
ประชาชน..... โดยมีความเกี่ยวพันเป็น..... ขอแสดงเจตนาให้ความ
ยินยอมในการให้บุคคลผู้อยู่ภายใต้การปกครองของข้าพเจ้าเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโร
นา 2019 และเข้าร่วมโครงการศึกษาความปลอดภัยภายหลังการฉีดวัคซีนซิโนฟาร์ม BBIP-CorV
(Sinopharm) ในอาสาสมัครอายุ 10-18 ปีในประเทศไทย กับราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ โดยยินยอมปฏิบัติและ
รับทราบเงื่อนไขของการเข้ารับการฉีดวัคซีนและโครงการวิจัยดังกล่าวทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ให้ความยินยอม
(.....)