

## การมอบอำนาจให้ติดต่อแพทย์

### Authorisation to contact doctor

บิดามารดา/ผู้ดูแลเป็นผู้กรอกแบบฟอร์มฉบับนี้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์เป็นภาษาอังกฤษ

ชื่อของนักเรียน \_\_\_\_\_

Name of student

ชื่อ โรงเรียนที่นักเรียนสมัครเรียนแล้วหรือกำลังจะขอสมัครเรียน \_\_\_\_\_

Name of school

ข้าพเจ้าได้รับแจ้งว่า :

1. โรงเรียนอาจจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ผู้รักษานูตรของข้าพเจ้า เกี่ยวกับอาการทางการแพทย์ของเขา เพื่อ โรงเรียนจะ  
ได้สามารถวางแผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของเขา และปฏิบัติตามแผนการนี้
2. ข้อมูลที่ทางโรงเรียนต้องการนั้น รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคภูมิแพ้และความเสี่ยงของอาการภูมิแพ้อย่างรุนแรง ของบุตร  
ของข้าพเจ้า และอาการอื่นๆ ซึ่งอาจมีผลกระทบ ต่อความช่วยเหลือที่ โรงเรียนจัดให้นูตรของข้าพเจ้า ระหว่างเวลาเรียน  
และระหว่างกิจกรรมต่างๆ ที่โรงเรียนจัดให้มีขึ้น

ข้าพเจ้าได้รับแจ้งว่า ข้อมูลที่แพทย์ให้กับ โรงเรียน อาจถูกเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนนำไปใช้หรือเปิดเผย เพื่อวัตถุประสงค์ในการพัฒนา  
หรือการนำแผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลออกปฏิบัติ

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ประกอบอาชีพด้านสุขภาพ ผู้มีชื่อระบุอยู่ข้างล่างนี้ ให้ข้อมูลแก่กระทรวงศึกษาธิการและชุมชน / โรงเรียน เกี่ยวกับ  
โรคภูมิแพ้ ความเสี่ยงต่ออาการภูมิแพ้อย่างรุนแรงและอาการอื่นๆ รวมทั้งความคิดปกปิดด้านการเรียน ของบุตรของข้าพเจ้า ซึ่งอาจมีผล  
กระทบต่อโรงเรียน ในการให้ความช่วยเหลือบุตรของข้าพเจ้าระหว่างเวลาเรียนและระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับ โรงเรียน

#### ข้อมูลของแพทย์ (Doctor's information) :

ชื่อของแพทย์: \_\_\_\_\_

Name of doctor

ที่อยู่ของแพทย์: \_\_\_\_\_

Address of doctor

หมายเลข โทรศัพท์ของแพทย์: \_\_\_\_\_

Doctor's phone number

มือถือของแพทย์ ถ้าทราบ: \_\_\_\_\_

Doctor's mobile

อีเมลของแพทย์ ถ้าทราบ: \_\_\_\_\_

Doctor's email

โทรสารของแพทย์ ถ้าทราบ: \_\_\_\_\_

Doctor's fax

ลายเซ็นของบิดามารดา/ผู้ดูแล \_\_\_\_\_

Signature of parent/carer

ชื่อของบิดามารดา / ผู้ดูแล (โปรดเขียนตัวพิมพ์ใหญ่) \_\_\_\_\_

Name of parent/carer