

แบบฟอร์มการขอสำเนา CD/DVD ภาพถ่ายทางรังสีเพื่อประกอบการเรียนการสอน

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/ น.ส.....

ตำแหน่ง ☐ นักศึกษาแพทย์ ☐ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ ☐ อาจารย์แพทย์

มีความประสงค์จะขอสำเนาภาพถ่ายรังสี/ภาพอัลตราซาวนด์ของ

นาย/นาง/น.ส..... HN.....

นำไปใช้เพื่อประกอบการเรียนการสอน

ชนิดการตรวจที่ต้องการขอสำเนาภาพ.....วันที่ทำการตรวจ.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในการขอสำเนา CD/DVD ครั้งนี้ นำไปใช้ในการเรียนการสอนจริง หากมีผลเสียหาย
เกิดขึ้นจากการเผยแพร่ภาพ/ผลการตรวจ จากข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อผู้ขอสำเนา.....

(.....).

ลงชื่ออาจารย์แพทย์เจ้าของไข้/ผู้ควบคุมการเรียนการสอน.....

(.....)

ลงชื่อผู้สำเนา CD/DVD.....

(.....)

วันที่...../...../.....

แบบฟอร์มการขอสำเนา CD/DVD ภาพถ่ายทางรังสีเพื่อประกอบการเรียนการสอน

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/ น.ส.....

ตำแหน่ง ☐ นักศึกษาแพทย์ ☐ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ ☐ อาจารย์แพทย์

มีความประสงค์จะขอสำเนาภาพถ่ายรังสี/ภาพอัลตราซาวนด์ของ

นาย/นาง/น.ส..... HN.....

นำไปใช้เพื่อประกอบการเรียนการสอน

ชนิดการตรวจที่ต้องการขอสำเนาภาพ.....วันที่ทำการตรวจ.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในการขอสำเนา CD/DVD ครั้งนี้ นำไปใช้ในการเรียนการสอนจริง หากมีผลเสียหาย
เกิดขึ้นจากการเผยแพร่ภาพ/ผลการตรวจ จากข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อผู้ขอสำเนา.....

(.....)

ลงชื่ออาจารย์แพทย์เจ้าของไข้/ผู้ควบคุมการเรียนการสอน.....

(.....)

ลงชื่อผู้สำเนา CD/DVD.....

(.....)

วันที่...../...../.....