

หนังสือแสดงความยินยอมผู้ปกครอง

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัว
ประชาชนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต
.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
เป็นผู้ปกครองตามกฎหมายของ..... มีความเกี่ยวพันเป็น..... ขอ
แสดงเจตนาให้ความยินยอมในการให้บุคคลผู้อยู่ภายใต้การปกครองของข้าพเจ้า เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเภทวัคซีนตัวเลือก ซิโนฟาร์ม (COVILLO Sinopharm) โดยยินยอมให้สละสิทธิ์การ
ขอรับจัดสรรวัคซีนหลักที่จัดหาโดยรัฐซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อบริการแก่ประชาชนโดยมิได้คิดค่าใช้จ่าย และยินยอม
ปฏิบัติและรับทราบเงื่อนไขของการเข้ารับการฉีดวัคซีนและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนเงื่อนไขที่ระบุในใบ
ยินยอมรับการฉีดวัคซีนของผู้เยาว์ซึ่งอยู่ภายใต้การปกครองของข้าพเจ้าทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

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