



ใบสำคัญอุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์ เลขที่บัตร.....

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วันที่ เดือน.....พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล (แขวง)..... อำเภอ(เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

มีความประสงค์จะอุทิศศพของข้าพเจ้าให้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อการศึกษา การวิจัย และการรักษาทางการแพทย์ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ขณะทำใบสำคัญอุทิศศพนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะดีทุกประการและทำด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้หรือหลอกลวงแต่อย่างใด ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลฯ ใช้ศพของข้าพเจ้า เพื่อการศึกษา การวิจัย การรักษาทางการแพทย์ ของบุคลากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อเก็บเนื้อเยื่อบางส่วนสำหรับการรักษาทางการแพทย์ เมื่อศึกษาเรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ามีความประสงค์

- ให้ญาติรับไปฌาปนกิจ
○ ให้โรงพยาบาลฌาปนกิจ

ลงชื่อ.....ผู้อุทิศร่างกายฯ
(.....)
(เขียนตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
(เขียนตัวบรรจง)

หมายเหตุ อุทิศร่างกายเพื่อการศึกษา ควรแจ้งให้ทายาท ทราบดังนี้

- 1. ท่านได้อุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาทางการแพทย์ ไว้กับ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. มีเอกสารคำแนะนำการปฏิบัติของทายาท เมื่อผู้อุทิศร่างกายฯ ถึงแก่กรรม
3. ทายาทมีสิทธิในการยกเลิกการอุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาของท่านได้โดยชอบธรรม โดยทางโรงพยาบาลจะไม่มีเรียกร้องสิทธิใดๆ ในร่างของท่านนั้น ทั้งสิ้น
4. โรงพยาบาลฯ จะจัดเจ้าหน้าที่ไปรับร่างผู้อุทิศร่างกายฯ ที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล เท่านั้น
5. ผู้อุทิศร่างกายฯ ที่อยู่ต่างจังหวัดโรงพยาบาลฯ ใคร่ขอให้ญาติ นำส่งที่โรงพยาบาลที่

เป็นศูนย์รับร่างของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือใช้ถุงน้ำแข็งอย่างน้อย 2 ถุงวางบนหน้าท้องคลุมด้วยผ้าห่ม แล้วจึงนำส่งที่ฝ่ายกายวิภาคศาสตร์ ซึ่งเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องตรวจดู หากไม่สามารถนำมาศึกษาได้ โรงพยาบาลฯ ใคร่ขอความกรุณาให้ญาตินำกลับไปบำเพ็ญกุศลตามประเพณีต่อไป