

หนังสือยินยอม

ของบิดา/มารดา/ผู้ปกครองผู้เยาว์

เบียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน

ชื่อ..... ชื่่องค์ให้โดย..... วันที่ออกบัตร..... วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

เป็นบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของ..... อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ขอรับยินยอมให้บุตร/ผู้เยาว์

ของข้าพเจ้าทำสัญญาการดูแลเงินคืนให้แก่การณาปนกิจส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข (มกส.๗) กับ

สำนักงานการณาปนกิจส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรับเงินณาปนกิจส่งเคราะห์ ๕๖

ได้

การได้ที่..... บุตร/ผู้เยาว์ ซึ่งอยู่ในความปักครองของข้าพเจ้า
ได้กระทำการไปตามหนังสือยินยอมฉบับนี้ให้มีผลสมบูรณ์ตามกฎหมายทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม*

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน**

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน***

(.....)

หมายเหตุ * เอกสารฉบับนี้ใช้เฉพาะกรณีผู้เยาว์อายุไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์เท่านั้น โดยให้บิดา/มารดา หรือผู้ปกครอง

ลงลายมือชื่อยินยอมให้ผู้เยาว์ทำสัญญาการดูแลเงินคืน (มกส.๗) กับสำนักงาน มกส. ได้

** ให้พยานลงลายมือชื่อรับรอง ๒ คน