



## โรงพยาบาลสวนปรุง (SUANPRUNG PSYCHIATRIC HOSPITAL)

๑๓๑ ถ.ช่างหล่อ ต.หายยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๑๐๐  
131 Changloh Road, Muang, Chiang Mai, 50100 Thailand  
E-mail : mso.suanprung@gmail.com ID Line : spmedical

โทร. (Tel) (66) 5390 8521-2  
โทรสาร (Fax) (66) 5390 8594, (66) 5327 5674  
มือถือ (Mobile) (66) 818813015

### เอกสารการขออนุญาต (Inform consent)

โรงพยาบาลสวนปรุง (Suanprung Psychiatric Hospital)  
วันที่ (Date).....

ด้วยข้าพเจ้า (Name).....มีความประสงค์ที่จะ (wish to).....  
.....จึงได้ขออนุญาต (and hereby request permission to do so)

โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษากำกับดูแล รวมถึงข้อมูลเหล่านี้จะไม่ได้เผยแพร่ไปให้กับบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการศึกษา (This activity will be conducted under the supervision of an advisor, and the information involved will not be disclosed to any unrelated parties)

นอกจากนั้นข้าพเจ้าได้ขออนุญาตเพิ่มเติมดังต่อไปนี้ (Additionally, I would like to request permission for the following)

การบันทึกภาพและเสียง (Audio and video recording)	<input type="checkbox"/> อนุญาตให้มีการบันทึกได้ (Permission granted)	<input type="checkbox"/> ไม่อนุญาตให้มีการบันทึก (Permission not granted)
การเผยแพร่เพื่อการศึกษา Use for educational purposes	<input type="checkbox"/> อนุญาตให้มีการเผยแพร่ได้ (Permission granted)	<input type="checkbox"/> ไม่อนุญาตให้มีการเผยแพร่ (Permission not granted)

ผู้เข้าร่วมสามารถบอกยกเลิกได้ทันที โดยสามารถโทรมาแจ้งที่องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสวนปรุง เบอร์โทรศัพท์ 0 5390 8521-2 โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด (Participants may withdraw their consent at any time by contacting the Medical Organization, Suanprung Psychiatric Hospital at Tel. 0 5390 8521-2. This withdrawal will not affect their treatment in any way)

### ลงนาม (Signature)

.....ผู้รับคำปรึกษา  
(.....) (Client)

.....ผู้ให้คำปรึกษา  
(.....) (Counsellor)

.....พยาน  
(.....) (witness)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(.....) (Supervisor)