



หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
 กรณีที่อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
 มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์
 INFORMED CONSENT FORM

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
 ที่อยู่.....
 บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ เลขที่

ขอให้ความยินยอมของบุคคลในการปกครองของข้าพเจ้า ได้แก่.....
 ที่จะเข้าเกี่ยวข้องในโครงการวิจัย/ค้นคว้าเรื่อง .การพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยภาคประชาสังคม
 ซึ่งผู้วิจัย ได้แก่.ร.ต.ดร.อุดม สุวรรณพิมพ์ ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับโครงการวิจัยครั้งนี้แล้ว
 (ตามรายละเอียดที่แนบมากับหนังสือยินยอมนี้)

ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามใดๆ ที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ตลอดระยะเวลาที่บุคคลในการ
 ปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับบุคคล
 ในปกครองของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลโครงการวิจัย และผู้วิจัย
 จะปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจแก่บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าตลอด
 โครงการวิจัยนี้ และรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากโครงการวิจัยดังกล่าว บุคคลในปกครองของ
 ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลที่ผู้วิจัยอธิบายและยินยอมให้บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัย
 โดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบต่อการ
 รักษาพยาบาลที่บุคคลในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับ และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้า
 ต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ ว่าที่ร.ต.ดร.อุดม สุวรรณพิมพ์ ได้ที่ คณะ
 เทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ
 906 ถ.กำแพงเพชร6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ 02 576
 6000 มือถือ 086 429 1464

(ลงนาม)..... ผู้ยินยอม
 (.....)

(ลงนาม)..... ผู้ปกครอง
 (.....)

(ลงนาม) ผู้วิจัย
 (.....)

(ลงนาม) พยาน

(.....)

(ลงนาม).....พยาน

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ปกครองดูแล หรือบุคคลที่ศาลตั้งให้ใช้อำนาจปกครอง
ผู้เยาว์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะและไม่มีบิดามารดา หรือบิดามารดาถกถอนอำนาจปกครอง