



หนังสือยินยอมให้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษา
การเรียนการสอน การวิจัย และการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

เขียนที่ โรงพยาบาลทันตกรรม/คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
วันที่..... เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
(เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของ) ยินยอมให้ โรงพยาบาลทันต กรรม/
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เป็นผู้เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูล
ส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียน รูปภาพ ภาพรังสี แบบจำลองฟัน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษา
และข้อมูลทางพยาธิวิทยา เพื่อใช้ในวัตถุประสงค์ด้านการเรียนการสอน การวิจัย การเผยแพร่ทางวิชาการ และการสอบ
เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีว่า

1. ชื่อ - สกุล และข้อมูลส่วนบุคคล ของข้าพเจ้า จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผย เพื่อไม่ให้สามารถ
ระบุตัวตนของข้าพเจ้าได้ แต่ก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีบุคคลสามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้าได้ แม้ว่าได้พยายามปกปิด
แล้วก็ตาม โดยมีระยะเวลาการเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูล 10 ปี

2. การนำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุข้างต้น ครอบคลุมถึงการใช้ทำรายงาน
การสอบภาคปฏิบัติ และการสอบข้อเขียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นระบบปิดเฉพาะของศูนย์ประเมินและรับรอง
ความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของทันตแพทยสภา ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบว่าผู้ควบคุมข้อมูลส่วน
บุคคลของข้าพเจ้าคือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบสารสนเทศ ศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบ
วิชาชีพทันตกรรม ซึ่งสามารถติดต่อได้ทางอีเมล cdathai@gmail.com

3. ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้การถอนความยินยอมย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อ
การเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้เคยให้ความยินยอมไปแล้ว

4. การถอนความยินยอมไม่มีผลต่อมาตรฐานการรักษาตามหลักวิชาการ

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลดังกล่าว และลงลายมือชื่อเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันแสดงความยินยอม ให้เก็บ
รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ.....

ผู้ให้ความยินยอม สถานะเป็น ผู้ป่วย ผู้ปกครอง

วันที่.....

ลงชื่อ.....

พยาน

วันที่.....

ลงชื่อ.....

พยาน

วันที่.....