



พินัยกรรมใบบริจาคร่างกาย

รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว 2 ใบ

สำหรับเจ้าหน้าที่
ออกบัตรวันที่ เดือน พ.ศ.
เจ้าหน้าที่ผู้ออกบัตร

(ส่วนนี้ส่งคืนภาควิชากายวิภาคศาสตร์พร้อมรูปถ่าย 1 นิ้ว 2 ใบ)
ควรเขียนด้วยลายมือจริงทั้ง 2 แผ่น

เลขที่...../.....

เขียนที่.....

(ชื่อ-สกุล กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....

ลักษณะรูปร่าง.....สถานที่เกิด.....วัน/เดือน/ปี ที่เกิด.....

ส่วนสูง.....น้ำหนัก.....ตำหนิ.....โรคประจำตัว.....

แพทย์ประจำตัว.....ทนายประจำตัว.....

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่าร้าง () หม้าย

ชื่อคู่สมรส.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....

ขอทำหนังสือพินัยกรรมฉบับนี้ไว้แก่ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อแสดงว่าข้าพเจ้าเต็มใจและยินยอมที่จะบริจาคร่างกายของข้าพเจ้าเมื่อถึงแก่กรรมแล้ว เพื่อประโยชน์ในการศึกษาของนักศึกษา คณะแพทยศาสตร์ และทันตแพทยศาสตร์เพื่อเป็นวิทยาทาน พร้อมแนบหลักฐานดังนี้

รูปถ่าย 1 นิ้ว 2 ใบ พร้อมเขียนชื่อหลังรูปถ่าย และ สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ

ข้าพเจ้าได้มอบให้ (ชื่อ)เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าโดย

เป็น.....เป็นผู้ที่จะแจ้งการถึงแก่กรรมของข้าพเจ้า แก่เจ้าหน้าที่ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร หนังสือพินัยกรรมฉบับนี้ ทำขึ้นขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์

เพื่อแสดงว่าข้าพเจ้าเต็มใจ และยินยอมที่จะบริจาคร่างกายของข้าพเจ้าตามความประสงค์ดังกล่าวข้างต้นโดยปราศจากการชักจูงแต่ประการใด

(ลงชื่อ).....ผู้ทำพินัยกรรม

()

กรณีที่ท่านเสียชีวิตในวันหยุดราชการ

(ลงชื่อ).....ผู้มาแจ้งเมื่อถึงแก่กรรม

หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ต่าง ๆ หรือช่วง

()

นอกเวลาราชการ สามารถโทรติดต่อได้ที่

(ลงชื่อ).....พยาน

นพตล : 086-983-3691

()

สมชัย : 086-976-8014

(ลงชื่อ).....พยาน

หนุ่ม : 084-359-4354

()

(ลงชื่อ).....ผู้เขียน

()

หมายเหตุ : 1. เมื่อผู้บริจาคร่างกายเสียชีวิตห้ามฉีดยาศพเป็นอันขาด เพราะจะทำให้นำมาศึกษาไม่ได้ ขอให้ญาติแจ้ง ภาควิชากายวิภาคศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ภายใน 12 - 24 ชั่วโมง ในเวลาราชการตั้งแต่เวลา 08.30 น. ถึง

16.00 น. โทรศัพท์สายตรง: 02-260-1532, โทรศัพท์สายใน: 02-260-2234 หรือ 02-260-2235 ต่อ 4502 และ

เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ของภาควิชาฯ : 081-428-7751



พินัยกรรมใบบริจาคร่างกาย

รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว 2 ใบ

สำหรับเจ้าหน้าที่
ออกบัตรวันที่ เดือน พ.ศ.
เจ้าหน้าที่ผู้ออกบัตร

(ส่วนนี้ส่งคืนภาควิชากายวิภาคศาสตร์พร้อมรูปถ่าย 1 นิ้ว 2 ใบ)
ควรเขียนด้วยลายมือจริงทั้ง 2 แผ่น

เลขที่...../.....

เขียนที่.....

(ชื่อ-สกุล กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....

ลักษณะรูปร่าง.....สถานที่เกิด.....วัน/เดือน/ปี ที่เกิด.....

ส่วนสูง.....น้ำหนัก.....ตำหนิ.....โรคประจำตัว.....

แพทย์ประจำตัว.....ทนายประจำตัว.....

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่าร้าง () หม้าย

ชื่อคู่สมรส.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....

ขอทำหนังสือพินัยกรรมฉบับนี้ไว้แก่ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อแสดงว่าข้าพเจ้าเต็มใจและยินยอมที่จะบริจาคร่างกายของข้าพเจ้าเมื่อถึงแก่กรรมแล้ว เพื่อประโยชน์ในการศึกษาของนักศึกษา คณะแพทยศาสตร์ และทันตแพทยศาสตร์เพื่อเป็นวิทยาทาน พร้อมแนบหลักฐานดังนี้

รูปถ่าย 1 นิ้ว 2 ใบ พร้อมเขียนชื่อหลังรูปถ่าย และ สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ

ข้าพเจ้าได้มอบให้ (ชื่อ)เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าโดย

เป็น.....เป็นผู้ที่จะแจ้งการถึงแก่กรรมของข้าพเจ้า แก่เจ้าหน้าที่ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร หนังสือพินัยกรรมฉบับนี้ ทำขึ้นขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์

เพื่อแสดงว่าข้าพเจ้าเต็มใจ และยินยอมที่จะบริจาคร่างกายของข้าพเจ้าตามความประสงค์ดังกล่าวข้างต้นโดยปราศจากการชักจูงแต่ประการใด

(ลงชื่อ).....ผู้ทำพินัยกรรม

()

กรณีที่ท่านเสียชีวิตในวันหยุดราชการ

(ลงชื่อ).....ผู้มาแจ้งเมื่อถึงแก่กรรม

หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ต่าง ๆ หรือช่วง

()

นอกเวลาราชการ สามารถโทรติดต่อได้ที่

(ลงชื่อ).....พยาน

นพตล : 086-983-3691

()

สมชัย : 086-976-8014

(ลงชื่อ).....พยาน

หนุ่ม : 084-359-4354

()

(ลงชื่อ).....ผู้เขียน

()

หมายเหตุ : 1. เมื่อผู้บริจาคร่างกายเสียชีวิตห้ามฉีดยาศพเป็นอันขาด เพราะจะทำให้นำมาศึกษาไม่ได้ ขอให้ญาติแจ้ง ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ภายใน 12 - 24 ชั่วโมง ในเวลาราชการตั้งแต่เวลา 08.30 น. ถึง 16.00 น. โทรศัพท์สายตรง: 02-260-1532, โทรศัพท์สายใน: 02-260-2234 หรือ 02-260-2235 ต่อ 4502 และ เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ของภาควิชาฯ : 081-428-7751



วัตถุประสงค์ของผู้บริจาคเมื่อเสียชีวิตแล้ว

1. ข้าพเจ้าต้องการให้ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น)
 - () ฉีดยาตองศพให้ข้าพเจ้าเพื่อการเป็นอาจารย์ใหญ่ ใช้ในการชำแหละเพื่อการศึกษาและวิจัย
 - () ตามความประสงค์ของภาควิชากายวิภาคศาสตร์
2. เมื่อนักศึกษาได้ศึกษาและชำแหละจนเสร็จสิ้นแล้วต้องการ
 - () ให้ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ทำบุญฌาปนกิจให้
 - () ต้องการให้ญาติรับศพคืน
3. ยินดีเป็นอาจารย์ใหญ่ที่คณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่างๆ หรือสถาบันศึกษาทางการแพทย์ และสาธารณสุขในประเทศไทย กรณีที่สถาบันดังกล่าวขาดแคลนอาจารย์ใหญ่เพื่อใช้ในการเรียนการสอน โดยภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร เป็นผู้ประสานงานหลังจากได้เรียนเสร็จสิ้นการศึกษาแล้ว
 - () ยินดี
 - () ไม่ยินดี
4. ในกรณีที่ต้องการให้ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ทำบุญฌาปนกิจให้ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ จะแจ้งให้ทางญาติไปร่วมทำบุญ ท่านต้องการให้ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ แจ้งไปที่
นาย,นาง,นางสาว.....
ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์.....
5. ในกรณีที่เสียชีวิตแล้ว หากญาติไม่ยอมมอบศพให้ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ ท่านยังคงยืนยันจะให้ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ ไปรับศพอยู่หรือไม่
 - () ยืนยันให้ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ไปรับศพให้ได้
 - () ยินยอมให้ญาติเก็บศพไว้
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ของญาติ กรุณาแจ้งให้ทางภาควิชากายวิภาคศาสตร์ทราบโดยด่วนด้วย เพื่อสะดวกในการติดต่อกับท่านในโอกาสต่อไป

หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยให้ติดต่อสอบถามได้ที่เจ้าหน้าที่ภาควิชากายวิภาคศาสตร์

เบอร์โทรศัพท์สายตรง : 02-260-1532
โทรสาร : 02-2601532
เบอร์โทรศัพท์สายใน : 02-260-2234, 02-260-2235 ต่อ 4502
เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ของภาควิชา : -
คุณนพดล อินทรทัต : 086-983-3691
คุณหนุ่ม ลิงสาระ : 084-359-4354
คุณสมชัย โชติทวีบูลย์ : 086-976-8014
ในเวลาราชการตั้งแต่เวลา 08.30 น. ถึง 16.00 น.



ใบรับศพบริจาคร่างกาย

ชื่อผู้เสียชีวิต ที่อุทิศร่างกาย (นาย/นาง/นางสาว).....

ชื่อญาติ หรือ ผู้แจ้งการเสียชีวิต (นาย/นาง/นางสาว).....

สาเหตุของการเสียชีวิต.....

ความต้องการเมื่อเรียนเสร็จสิ้นแล้ว

() ต้องการรับศพกลับไปทำบุญฌาปนกิจเอง

() ให้ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ ทำบุญฌาปนกิจศพได้

เมื่อสิ้นปีการศึกษา ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ จะทำบุญฌาปนกิจศพให้ และจะแจ้งให้ญาติไปร่วมทำบุญด้วย โดยให้ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ แจ้งไปที่

นาย,นาง,นางสาว.....

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ที่ไปรับศพ.....

รับศพวันที่.....

พยานในการรับมอบศพ (ญาติ).....

หมายเหตุ รับบริจาคร่างกายไม่เกิน 300 กิโลเมตร เขตกรุงเทพมหานคร, นนทบุรี, นครนายก,ปราจีนบุรี, สมุทรปราการ, สมุทรสงคราม, ปทุมธานี, นครปฐม, พระนครศรีอยุธยา, ราชบุรี, ชลบุรี, สมุทรสาคร, ชัยนาท, สระบุรี, ระยอง, สุพรรณบุรี และไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น วัณโรค โรคเอดส์ ฯลฯ และรับอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์แต่ไม่เกิน 80 ปี

ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สุขุมวิท23

เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

โทรศัพท์สายตรง: 02-260-1532

โทรศัพท์สายใน: 02-2602234-5 ต่อ 4502

โทรสาร 02-2601532

โทรศัพท์เคลื่อนที่ของภาควิชา: -