



## หนังสือสำคัญการอุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์

เลขที่บัตร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 หมายเลขบัตรประชาชน 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
 สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....ลักษณะรูปร่าง.....ตำหนิ.....  
 ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. โรคประจำตัว.....  
 ภูมิลำเนาเดิม.....  
 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอทำหนังสือพินัยกรรมฉบับนี้ไว้ให้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี สังกัดกรมการแพทย์ ภายใต้ศูนย์การเรียนรู้อาจารย์ใหญ่ กรมการแพทย์ และสถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต เพื่อแสดงว่าข้าพเจ้ายินดีและเต็มใจอุทิศร่างกายของข้าพเจ้าเมื่อถึงแก่กรรมแล้วเป็นกายวิยาทาน เพื่อประโยชน์ในการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ข้าพเจ้าขอมอบให้ (นาย/นาง/นางสาว) .....ผู้ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าโดยเป็น (บุตร, ธิดา, ญาติ, อื่นๆ) .....โทรศัพท์.....ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการและแจ้งการถึงแก่กรรมของข้าพเจ้าแก่เจ้าหน้าที่ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า หนังสือนี้ทำขึ้นขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์และทำด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่หรือหลอกลวงแต่อย่างใด ข้าพเจ้ายินยอมและยินดีอุทิศร่างกายของข้าพเจ้าตามความประสงค์ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ เมื่อได้มีการศึกษาจนเสร็จสิ้นแล้ว ข้าพเจ้ามีความประสงค์

- ให้ศูนย์การเรียนรู้อาจารย์ใหญ่ กรมการแพทย์ และสถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต ฌาปนกิจ
- ให้ญาติรับไปฌาปนกิจ

(ลงชื่อ) .....ผู้อุทิศร่างกาย  
 (.....)  
 (ลงชื่อ) .....ผู้เขียน/ผู้พิมพ์  
 (.....)  
 (ลงชื่อ) .....ผู้รับแจ้ง (เจ้าหน้าที่)  
 (ลงชื่อ).....พยาน (ต้องเป็นบุคคลในครอบครัว)  
 (.....)



## หนังสือสำคัญการก่อสร้างกายเพื่อการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์

เลขที่บัตร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 หมายเลขบัตรประชาชน 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
 สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....ลักษณะรูปร่าง.....ตำหนิ.....  
 ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. โรคประจำตัว.....  
 ภูมิลำเนาเดิม.....  
 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอทำหนังสือพินัยกรรมฉบับนี้ไว้ให้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี สังกัดกรมการแพทย์ ภายใต้ศูนย์การเรียนรู้อาจารย์ใหญ่ กรมการแพทย์ และสถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต เพื่อแสดงว่าข้าพเจ้ายินดีและเต็มใจอุทิศร่างกายของข้าพเจ้าเมื่อถึงแก่กรรมแล้วเป็นกายวิขาทาน เพื่อประโยชน์ในการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ข้าพเจ้าขอมอบให้ (นาย/นาง/นางสาว) .....ผู้ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าโดยเป็น (บุตร, ธิดา, ญาติ, อื่นๆ) .....โทรศัพท์.....ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการและแจ้งการถึงแก่กรรมของข้าพเจ้าแก่เจ้าหน้าที่ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า หนังสือนี้ทำขึ้นขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์และทำด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่หรือหลอกลวงแต่อย่างใด ข้าพเจ้ายินยอมและยินดีอุทิศร่างกายของข้าพเจ้าตามความประสงค์ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ เมื่อได้มีการศึกษาจนเสร็จสิ้นแล้ว ข้าพเจ้ามีความประสงค์

- ให้ศูนย์การเรียนรู้อาจารย์ใหญ่ กรมการแพทย์ และสถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต ฌาปนกิจ
- ให้ญาติรับ ไปฌาปนกิจ

(ลงชื่อ) .....ผู้ก่อสร้างกาย

(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้เขียน/ผู้พิมพ์

(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้รับแจ้ง (เจ้าหน้าที่)

(ลงชื่อ).....พยาน (ต้องเป็นบุคคลในครอบครัว)

(.....)

## การอุทิศร่างกาย สามารถดำเนินการได้ โดยส่งแบบฟอร์มทางไปรษณีย์

### เอกสารที่ต้องเตรียม

1. รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 2 ใบ เขียน ชื่อ-นามสกุล ไว้ด้านหลังรูป
2. หนังสือสำคัญการอุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์

### ขั้นตอนการบริจาคร่างกาย

1. กรอกแบบฟอร์มหนังสือสำคัญการอุทิศร่างกาย กรณาเขียนด้วยตัวบรรจง ชัดเจน
2. ลงลายมือชื่อผู้ทำพิธีกรรมให้เรียบร้อย และให้พยานที่เป็นญาติลงลายมือชื่อ 1 ท่าน
3. ระบุเจตจำนงในการจัดฌาปนกิจ หลังการศึกษาเสร็จในหนังสือสำคัญการอุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์
4. ส่งแบบฟอร์มที่กรอกแล้ว พร้อมรูปถ่าย ทางไปรษณีย์ มาที่:

“ศูนย์รับบริจาคร่างกายเพื่อการศึกษา” ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 และให้เขียนที่มุมซองว่า “อุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์”

5. ผู้อุทิศร่างกาย จะได้รับบัตรประจำตัวผู้อุทิศร่างกาย
- หากทำบัตรหายหรือเปลี่ยนแปลงที่อยู่ให้แจ้งทางโทรศัพท์ ในวัน และเวลาราชการ
  - ท่านที่ต้องการยกเลิกพิธีกรรมการอุทิศร่างกาย กรุณาแจ้งให้โรงพยาบาลทราบ

### ควรแจ้งทายาท ดังนี้

1. ท่านได้อุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์ ให้กับโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และสถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต
2. ทายาทมีสิทธิในการยกเลิกการอุทิศร่างกาย ของท่านได้โดยชอบธรรม
3. ญาติต้องแจ้งทาง โรงพยาบาลเรื่องการเสียชีวิตโดยเร็วที่สุด ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเสียชีวิตและห้ามฉีดยารักษา

### สุขภาพ

4. โรงพยาบาลจะจัดเจ้าหน้าที่ไปรับร่างผู้อุทิศร่างกายที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ระยะทางไม่เกิน 100 กิโลเมตร จากกรุงเทพมหานคร

### ไม่รับศพ กรณีต่อไปนี้

- ◆ เสียชีวิตด้วยโรคติดต่อ เช่น โรคติดต่อร้ายแรงทางเลือด, โรคไวรัสตับอักเสบบีหรือซี, โรควัณโรค, โรคซิฟิลิส และโรคเอดส์
- ◆ เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ หรือเป็นศพที่เกี่ยวข้องกับคดีหรือเพิ่งได้รับการผ่าตัดก่อนเสียชีวิต
- ◆ ร่างที่มีอวัยวะขาดหายไปหรือไม่ครบสมบูรณ์
- ◆ ร่างที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 40 กิโลกรัม หรือมากกว่า 80 กิโลกรัม หรือมีร่างกายที่ไม่เหมาะสมที่จะใช้ศึกษาได้ เช่น แขนขาโก่ง หลังคดงอ หรือผิวหนังเป็นแผลพุพอง มีกลิ่นเหม็น

### ข้อมูลติดต่อเพื่อแจ้งการไปรับร่างของผู้อุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์

ในเวลาราชการ: “ศูนย์รับบริจาคร่างกายเพื่อการศึกษา” ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี

โทร: 02-3548108 ต่อ 2804 หรือ 2805 แจ้งความประสงค์ว่า “อุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์”

นอกเวลาราชการ: งานชันสูตร โรงพยาบาลราชวิถี

โทร: 065-6380065 แจ้งความประสงค์ว่า “อุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์”

\*\* การทำเรื่องอุทิศร่างกายเพื่อการศึกษา ไม่เสียค่าใช้จ่าย

ส่งเอกสาร จ่าหน้าของ....

โรงพยาบาลราชวิถี

ศูนย์รับบริการร่างกายเพื่อการศึกษา ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ

เลขที่ 2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400