



หนังสือยินยอมให้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคล
เพื่อวัตถุประสงค์ในการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

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

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุปี
(เป็นผู้แทน/ผู้ปกครองโดยชอบธรรมของ) ยินยอมให้ ศูนย์ประเมินและรับรอง
ความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ศ.ป.ท.) เป็นผู้เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
ข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียน รูปภาพ ภาพรังสี แบบจำลองฟัน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษา และข้อมูลทาง
พยาธิวิทยา เพื่อวัตถุประสงค์ในการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีว่า

1. ชื่อ - สกุล และข้อมูลส่วนบุคคล ของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผย เพื่อไม่ให้สามารถ
ระบุตัวตนของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ได้ แต่ก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีบุคคลสามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ได้ แม้จะได้พยายาม
ปกปิดแล้วก็ตาม โดยมีระยะเวลาการเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูล 10 ปี

2. การนำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุข้างต้น ครอบคลุมถึงการใช้ทำ
รายงาน การสอบภาคปฏิบัติ และการสอบข้อเขียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นระบบปิดเฉพาะของศูนย์ประเมินและรับรอง
ความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของทันตแพทยสภา ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบว่าผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล
ของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย คือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบสารสนเทศ ศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพ
ทันตกรรม ซึ่งสามารถติดต่อได้ทางอีเมล cdathai@gmail.com

3. ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้การถอนความยินยอมย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้
รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้เคยให้ความยินยอมไปแล้ว

4. การถอนความยินยอมไม่มีผลต่อมาตรฐานการรักษาตามหลักวิชาการ

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลดังกล่าว และลงลายมือชื่อเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันแสดงความยินยอม ให้เก็บ รวบรวม ใช้
และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ.....

ผู้ให้ความยินยอม สถานะเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้แทน/ผู้ปกครอง

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่.....