**หนังสือรับรองการให้คำปรึกษา**

**ของ**

ทันตแพทย์/ทันตแพทย์หญิง..................................................................................

ตำแหน่ง.......................................................................................................

สังกัด....................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน/เดือน/ปี**  **ที่ขอรับคำปรึกษา** | **เรื่อง** | **ชื่อผู้ขอรับคำปรึกษา** | **ตำแหน่ง/สังกัด** | **ลงชื่อ**  **(ลายเซ็น)** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ** 1. สามารถส่งเอกสารเป็นใบ OPD Card หรือแบบฟอร์ม Consult (ไม่ต้องมีลายเซ็นของผู้ขอรับคำปรึกษา) หรือหนังสือรับรองให้คำปรึกษา อย่างใดอย่างหนึ่งได้

2. กรณีส่ง OPD Card หรือ แบบฟอร์ม Consult ให้ผู้ขอรับการประเมินระวังข้อกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล มาตรา 26(7) (ต้องไม่เปิดเผยชื่อคนไข้และหมายเลข HN)

3. ให้เก็บข้อมูลตามภาระงานที่ปฏิบัติจริงด้านทันตกรรมหรือด้านทันตสาธารณสุข