

...../.....

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส. ....นามสกุล .....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....อาชีพปัจจุบัน.....หมายเลขบัตรประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....

ตรอก / ซอย.....ถนน .....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ขอทำพินัยกรรมฉบับนี้ให้แก่ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อแสดงว่าข้าพเจ้าเต็มใจและยินดีบริจาคร่างกายของข้าพเจ้าเมื่อถึงแก่กรรมแล้ว เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์เพื่อเป็นวิทยาทาน ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ นาย / นาง / น.ส. .... ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าเป็น..... โทรศัพท์.....ผู้ที่จะแจ้งการถึงแก่กรรมของข้าพเจ้าแก่เจ้าหน้าที่ของภาควิชาฯ ทราบ

หนังสือพินัยกรรมฉบับนี้ทำขึ้นขณะที่ข้าพเจ้า มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อแสดงว่าข้าพเจ้าเต็มใจ และยินดีบริจาคร่างกายตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ดังกล่าวข้างต้น โดยปราศจากการชักจูง ล่อลวง ชูเชิญ แต่ประการใด

(ลงชื่อ) .....ผู้ทำพินัยกรรม  
(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้แจ้งเมื่อถึงแก่กรรม  
(.....)

(ลงชื่อ) .....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ) .....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้เขียน  
(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้รับแจ้ง  
(.....)

**หมายเหตุ**

1. ผู้แจ้งการถึงแก่กรรม หมายความว่าผู้ที่รับผิดชอบในการแจ้งให้ภาควิชาฯ ไปรับศพของผู้บริจาคร่างกายเท่านั้น ไม่เกี่ยวข้องกับการรับมรดกอื่นใดของผู้บริจาคร่างกาย
2. เมื่อผู้บริจาคร่างกายถึงแก่กรรม ทางภาควิชาฯ จะส่งเจ้าหน้าที่ไปรับศพ ภาควิชาอนุญาตให้ญาติตัดผม ตัดเล็บ เพื่อนำไปประกอบการทำพิธีทางศาสนาได้ แต่ขอสงวนสิทธิ์ไม่ให้นำศพทั้งร่างไปประกอบพิธีทางศาสนา
3. ภาควิชาฯ จะประกอบพิธีทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้อาจารย์ใหญ่ทุกท่าน ทุกต้นปีการศึกษา
4. ภาควิชาฯ และนักศึกษาจะจัดพิธีพระราชทานเพลิงศพอาจารย์ใหญ่ทุกท่าน ทุกสิ้นปีการศึกษา
5. ภาควิชาฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการดำเนินการเกี่ยวกับอัฐิทุกกรณี



# พินัยกรรมบริจาคร่างกาย

ภาควิชากายวิภาคศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โรงพยาบาลศิริราช

มหาวิทยาลัยมหิดล

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700