

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

วันที่.....๑๗.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ.๒๕๖๐.

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา,มารดา,ผู้ปกครอง

ของ(นาย,นางสาว)

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวงอำเภอ/เขตจังหวัด.....

ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา..วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย,นางสาว)

ถ้า(นาย ,นางสาว)เจ็บป่วยแม้ถึงต้องทำการ

ผ่าตัดและต้องใช้จ่ายระวังความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ จัดการทุกอย่าง
ตามที่เห็นสมควร

(ลงชื่อ)บิดา,มารดา,หรือผู้ปกครอง
(.....)

(ลงชื่อ)ผู้อำนวยการสถาบันศึกษา
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

หมายเหตุ : 1. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

ใบมอบตัวนักศึกษา
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่.....วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรีัง
วันที่.....๑๗.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ.๒๕๖๐...

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา,มารดา,ผู้ปกครอง
ของ(นาย,นางสาว)
ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวงอำเภอ/เขตจังหวัด.....
ขอมอบตัว(นาย,นางสาว).....
ให้อยู่ในความดูแลของ (ชื่อสถาบันการศึกษา).....วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรีัง.....
และยินยอมผู้อำนวยการสถานศึกษานางขวัญตา บุญวาศ.....สั่งการเกี่ยวกับ
(นาย,นางสาว)เพื่อประโยชน์ในการศึกษาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
ตลอดหลักสูตร รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ตามที่สถาบันการศึกษาจะได้จัดให้มีขึ้นทุกประการ
การสั่งการของผู้อำนวยการสถานศึกษา...วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรีัง.....ดังกล่าว
ข้างต้น หากเป็นเหตุให้ข้าพเจ้าเกิดสิทธิเรียกร้องจากสถานศึกษา กรม หรือกระทรวงเข้าสังกัดสถานศึกษา ข้าพเจ้าขอ
สละสิทธิเรียกร้องเช่นว่านั้น และจะไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่ง
ตั้งแต่วันที่.....๑๗.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ.๒๕๖๐.....เป็นต้นไป

(ลงชื่อ)บิดา,มารดา,หรือผู้ปกครอง
(.....)

(ลงชื่อ)ผู้อำนวยการสถาบันศึกษา
(.....นางขวัญตา บุญวาศ.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

หมายเหตุ

- 1. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

ใบยินยอมให้เป็นผู้ดำเนินการแทนผู้ปกครอง

เรื่อง ยินยอมให้เป็นผู้ดำเนินการแทนผู้ปกครอง
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว(บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง)
ของนาย/นาง/นางสาวยินยอมให้ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี ตรัง หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายดำเนินการแทนข้าพเจ้า ในการเป็นผู้อนุญาตให้นักศึกษาที่พักอยู่ในหอพักวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ออกนอกบริเวณวิทยาลัยฯ เพื่อกลับบ้านหรือไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามที่วิทยาลัยฯ
เห็นสมควร

(ลงชื่อ)(บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง)
(.....)

(ลงชื่อ)ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา ๒๕๖๐
ประวัติข้าพเจ้า

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)เลขประจำตัวประชาชน.....
 ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ เขียนตัวพิมพ์ใหญ่)
 โควตา.....จังหวัด.....วันที่เกิด.....เดือน.....พ.ศ.
 อายุ.....ปีสถานที่เกิดจังหวัด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
 ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเรียน.....ความสัมพันธ์.....

ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	ชื่อสถานศึกษา อำเภอ/จังหวัด	เริ่มการศึกษา พ.ศ.	สำเร็จการศึกษา พ.ศ.
ประถมศึกษา			
มัธยมศึกษา			
มัธยมศึกษาตอนปลาย			
อนุปริญญา			
ปริญญาตรี			

ประวัติการทำงานก่อนเข้าศึกษาในครั้งนี้

สถานที่.....ตำแหน่ง.....

คะแนนเฉลี่ยสะสม GPA

ท่านเคยกู้ยืมเงินการศึกษาจากกองทุนกู้ยืมเงินหรือไม่

กู้ ตั้งแต่ปี.....ถึงปี.....

ไม่กู้

ทุนการศึกษาที่ท่านเคยได้รับ

- ชื่อทุน.....ปีการศึกษา.....
- ชื่อทุน.....ปีการศึกษา.....
- ชื่อทุน.....ปีการศึกษา.....

๑ ประวัติครอบครัว

๑.๑บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เมื่อ.....

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....สถานภาพ.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....อาชีพ.....สถานที่

ทำงาน.....รายได้.....บาท/เดือน โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

เบอร์มือถือ.....

๒.๒ มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เมื่อ.....
 เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... สถานภาพ.....
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่บ้าน..... อาชีพ..... สถานที่
 ทำงาน..... รายได้..... บาท/เดือน โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
 เบอร์มือถือ.....

๒.๓ ผู้ปกครองชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เมื่อ.....
 เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... สถานภาพ.....
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่บ้าน..... อาชีพ..... สถานที่
 ทำงาน..... รายได้..... บาท/เดือน โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
 เบอร์มือถือ.....

๒.๔ สมาชิกในครอบครัว จำนวนพี่น้อง.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน ตามลำดับดังนี้

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	การศึกษา/อาชีพ

๒ เหตุผลที่มาศึกษาต่อวิชาชีพระยะยาว.....

.....

๓ ความสามารถพิเศษ / กิจกรรมที่เคยรับผิดชอบ.....

.....

๔ งานอดิเรก.....

๕ ความต้องการความช่วยเหลือจากทางวิทยาลัย (พร้อมเหตุผล)

.....

๖ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

.....

.....
 (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.