

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า.....เป็นบิดา, มารดา, ผู้ปกครองของ(นาย,นางสาว)
ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวงอำเภอ/เขตจังหวัด.....โทรศัพท์
ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เป็นผู้
ดูแลรักษา (นาย, นางสาว)ถ้า(นาย, นางสาว).....
เจ็บป่วยแม้ถึงต้องทำการผ่าตัดและต้องใช้จ่ายระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการ
สุขภาพ จัดการทุกอย่างตามที่เห็นสมควร

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

(ลงชื่อ)ผู้อำนวยการสถาบันศึกษา
(นางประไพพิศ สิงหเสม)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

**ใบมอบตัวนักศึกษา
กระทรวงสาธารณสุข**

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา, มารดา, ผู้ปกครอง
ของ(นาย, นางสาว)ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวงอำเภอ/เขตจังหวัด.....
โทรศัพท์ขอมอบตัว(นาย, นางสาว).....
ให้อยู่ในความดูแลของ (ชื่อสถาบันการศึกษา) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง และยินยอมผู้อำนวยการ
สถานศึกษา นางประไพพิศ สิงหเสนี สังกัดเกี่ยวกับ (นาย, นางสาว)
เพื่อประโยชน์ในการศึกษาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติตลอดหลักสูตร รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ตามที่สถาบัน
การศึกษาจะได้จัดให้มีขึ้นทุกประการ

การสั่งการของผู้อำนวยการสถานศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ดังกล่าวข้างต้น หาก
เป็นเหตุให้ข้าพเจ้าเกิดสิทธิเรียกร้องจากสถานศึกษา กรม หรือกระทรวงเข้าสังกัดสถานศึกษา ข้าพเจ้าขอ
สละสิทธิเรียกร้องเช่นว่านั้น และจะไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่ง
ตั้งแต่วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

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

(ลงชื่อ)ผู้อำนวยการสถาบันศึกษา
(นางประไพพิศ สิงหเสนี)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

หมายเหตุ

ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

ใบยินยอมให้เป็นผู้ดำเนินการแทนผู้ปกครอง

เรื่อง ยินยอมให้เป็นผู้ดำเนินการแทนผู้ปกครอง
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

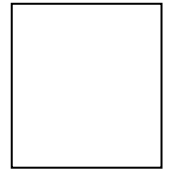
ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว(บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง)
ของนาย/นาง/นางสาวยินยอมให้ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี ตรัง หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายดำเนินการแทนข้าพเจ้า ในการเป็นผู้อนุญาตให้นักศึกษาที่พักอยู่ใน
หอพักวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ออกนอกบริเวณวิทยาลัยฯ เพื่อกลับบ้านหรือไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตาม
ที่วิทยาลัยฯ เห็นสมควร

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

(ลงชื่อ)ผู้รับมอบอำนาจ
(นางประไพพิศ สิงหเสม)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)



เอกสารแนบ ๔

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา ๒๕๖๕
ประวัติข้าพเจ้า

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

ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	ชื่อสถานศึกษา	อำเภอ	จังหวัด
ประถมศึกษา			
มัธยมศึกษา			
มัธยมศึกษาตอนปลาย			
อนุปริญญา			
ปริญญาตรี			

ประวัติการทำงานก่อนเข้าศึกษาในครั้งนี้

สถานที่.....ตำแหน่ง.....ระยะเวลา.....

คะแนนเฉลี่ยสะสม GPA

ท่านเคยกู้ยืมเงินการศึกษาจากกองทุนกู้ยืมเงินหรือไม่

กู้ ตั้งแต่ปี.....ถึงปี.....

ไม่กู้

ทุนการศึกษาที่ท่านเคยได้รับ

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

๑ ประวัติครอบครัว

๑.๑ บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม พ.ศ.....

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

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....รายได้.....บาท/เดือน

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....มือถือ.....

๑.๒ มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม พ.ศ.....
 เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... สถานภาพ.....
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่บ้าน.....
 อาชีพ..... สถานที่ทำงาน..... รายได้..... บาท/เดือน
 โทรศัพท์ที่ทำงาน..... มือถือ.....

๑.๓ (กรณีไม่มีบิดามารดา) ผู้ปกครองชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... สถานภาพ.....
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่บ้าน.....
 อาชีพ..... สถานที่ทำงาน..... รายได้..... บาท/เดือน
 โทรศัพท์ที่ทำงาน..... มือถือ.....

๑.๔ สมาชิกในครอบครัว จำนวนพี่น้อง.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน ตามลำดับดังนี้

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	การศึกษา/อาชีพ

๒. เหตุผลที่มาศึกษาต่อวิชาชีพพยาบาล

.....

๓. ความสามารถพิเศษ / กิจกรรมที่เคยรับผิดชอบ.....

.....

๔. งานอดิเรก.....

๕. ความต้องการการช่วยเหลือจากทางวิทยาลัย (พร้อมเหตุผล)

.....

๖. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

.....

.....

(.....)

วันที่ ๒๐ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕