

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
ใบตรวจสอบหลักฐานต่างๆในวันรายงานตัวเข้าศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

นามนักศึกษา (นาย/นางสาว).....นามสกุล.....
 ทุน/โควตา.....จังหวัด.....

ลำดับที่	รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
1	ประวัติผู้เข้ารับการศึกษ			
2	หนังสือมอบตัวนักศึกษา			
3	หนังสือยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา			
4	หนังสือยินยอมให้นักศึกษาฝึกภาคการปฏิบัตินอกสถานที่			
5	หนังสือยินยอมให้นักศึกษาออกนอกสถานที่ด้วยตนเอง			
6	หนังสือยินยอมให้นักศึกษาใช้รถจักรยานยนต์			
7	หนังสือยินยอมให้นักศึกษาไปทัศนศึกษาและเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งในและต่างประเทศ			
8	สำเนาใบแสดงผลการเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ปพ.1) 1 ฉบับ พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง			
9	สำเนาบัตรประชาชน 2 ฉบับ พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง			
10	สำเนาบัตรประกันสุขภาพ พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)			
11	หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ/ชื่อสกุล ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลง (ถ้ามี)			
12	แบบบันทึกข้อมูลประวัติภูมิคุ้มกัน			
13	ใบแจ้งย้ายทะเบียนบ้าน			

ผู้ตรวจสอบหลักฐาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
ประวัตินักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

รหัสประจำตัวนักศึกษา.....

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

วัน/เดือน/ปี ที่เกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....ศาสนา.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่นักศึกษาที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

สถานที่/ที่อยู่ ที่ทำงาน (กรอกข้อมูลเมื่อสำเร็จการศึกษา).....

อีเมลนักศึกษา.....

โรคประจำตัว.....

ประวัติการแพ้ยา/สารอาหาร.....

ชื่อ - สกุลผู้ปกครอง.....

ความสัมพันธ์กับนักศึกษา.....

ที่อยู่ผู้ปกครองที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

อาชีพผู้ปกครอง.....รายได้ผู้ปกครอง.....บาท/เดือน

ปีการศึกษาที่เข้า.....ภาคการศึกษาที่เข้า.....

วันที่รับเข้า.....วันสิ้นสุดการเป็นนักศึกษา.....(กรอกข้อมูลเมื่อสำเร็จการศึกษา)

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สถานศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA).....

โควตา.....จังหวัดเจ้าของทุน.....

สถานะ/ตำแหน่งก่อนเข้าเรียน (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน)

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> บุคคลทั่วไป | <input type="radio"/> ข้าราชการ |
| <input type="radio"/> ลูกจ้างประจำ | <input type="radio"/> ลูกจ้างชั่วคราว |
| <input type="radio"/> อสม. | <input type="radio"/> บุตร อสม. |
| <input type="radio"/> อื่นๆ.....(โปรดระบุ) | |

สิทธิการเบิกค่าเล่าเรียน (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน)

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี |
|--------------------------|-----------------------------|

สิทธิการรักษาพยาบาล (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน)

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> ไม่มีสิทธิ | <input type="radio"/> สวัสดิการการรักษาพยาบาล |
| <input type="radio"/> ประกันสังคม | <input type="radio"/> ประกันสุขภาพ |
| <input type="radio"/> บุตร อสม. | <input type="radio"/> อื่นๆ.....(โปรดระบุ) |

สถานการณ์กู้ยืมเงินจากกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน)

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> กู้ | <input type="radio"/> ไม่กู้ |
|---------------------------|------------------------------|

ลงชื่อผู้กรอกข้อมูล.....

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

หนังสือมอบตัวนักศึกษา

กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็น บิดา , มารดา,หรือผู้ปกครอง
ของ (นาย , นางสาว).....

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขอมอบตัว (นาย , นางสาว).....

ให้อยู่ในความดูแลของ (ชื่อสถาบันการศึกษา) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

และยินยอมให้ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

สั่งการเกี่ยวกับ (นาย , นางสาว).....เพื่อประโยชน์ในการศึกษาภาคทฤษฎีและ
ภาคปฏิบัติตลอดหลักสูตร รวมทั้งการพลศึกษา ทศนศึกษา และสังคมศึกษา ตามที่สถาบันการศึกษา จะได้จัดให้
มีขึ้นทุกประการ

การสั่งการของผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ดังกล่าว
ข้างต้น หากเป็นเหตุให้ข้าพเจ้าเกิดเรียกร้องจากสถาบันการศึกษา กรม หรือกระทรวงเจ้าสังกัด ของ
สถาบันการศึกษา ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิเรียกร้องเช่นนั้น และจะไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่ง

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

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

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
(นางสาวศุสึพร เพชรเรียง)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : 1. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
หนังสือยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็น บิดา , มารดา, หรือผู้ปกครอง
 ของ (นาย , นางสาว).....
 บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
 เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย , นางสาว).....
 ถ้า (นาย , นางสาว).....
 เจ็บป่วย แม้ต้องทำการผ่าตัดและต้องใช้จ่ายระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถาน
 บริการสุขภาพ จัดการได้ทุกอย่างตามที่เห็นสมควร

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

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
 (นางสาวศุภีพร เพชรเรียง)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

หมายเหตุ : 1. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
หนังสือยินยอมให้นักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลนอกสถานที่

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็น บิดา , มารดา,หรือผู้ปกครอง
 ของ (นาย , นางสาว).....
 บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 ยินยอมให้ (นาย , นางสาว).....
 ออกจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เพื่อไปศึกษาภาคปฏิบัติการพยาบาลนอกสถานที่ได้
 ถ้า (นาย , นางสาว).....
 เจ็บป่วย หรือได้รับอันตรายจากสาเหตุใดๆก็ตาม ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องจากสถานศึกษา กรม หรือ กระทรวงเจ้า
 สังกัดของสถาบันการศึกษา และไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่งและอาญา

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
 (นางสาวศุภีพร เพชรเรียง)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

หมายเหตุ : หากผู้ปกครองเป็นผู้มอบตัวนักศึกษา จะต้องมิใช่มอบอำนาจจากบิดา มารดา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
หนังสือยินยอมให้นักศึกษาออกนอกสถานที่ด้วยตนเอง

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็น บิดา , มารดา,หรือผู้ปกครอง
ของ (นาย , นางสาว).....
บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ยินยอมให้ (นาย , นางสาว).....
นักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต สถานที่รับทุน.....
ออกจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ด้วยตนเอง ถ้า (นาย , นางสาว).....
เจ็บป่วย หรือได้รับอันตรายจากสาเหตุใดๆก็ตาม ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องจากสถานศึกษา กรม หรือ กระทรวงเจ้า
สังกัดของสถาบันการศึกษา และไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่งและอาญา

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
(นางสาวศุภีพร เพชรเรียง)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
หนังสือยินยอมให้นักศึกษาใช้รถจักรยานยนต์

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย , นาง , นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน -
ซึ่งออกให้ อำเภอ.....เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....
อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(บ้าน).....โทรศัพท์(มือถือ).....
เป็น บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ของ.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน -
ซึ่งเป็นบุตร/ผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า

1. อนุญาตให้นำรถจักรยานยนต์มาใช้ในหอพักนักศึกษาได้
 2. ไม่อนุญาตให้นำรถจักรยานยนต์มาใช้ในหอพักนักศึกษา

กรณีที่ 1 ต้องมีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ คู่มือจดทะเบียนรถ หนังสือให้ความยินยอมจาก
เจ้าของรถ หรือหนังสือสัญญาซื้อขายหรือเจ้าของที่ระบุชื่อผู้ซื้อ ซึ่งเป็นเจ้าของยินยอม จึงจะมาขอ sticker
วิทยาลัยได้

หากนักศึกษาได้รับอันตรายจากการขับขี่ดังกล่าว หรือสูญหาย วิทยาลัยจะไม่รับผิดชอบความเสียหาย
ที่เกิดขึ้นใดๆ ทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

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

ผู้ให้การยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวมาริสา สุวรรณราช)

รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางจีระภา นะแสง)

รองผู้อำนวยการกลุ่มอำนวยการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวศุภิพร เพชรเรียง)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
หนังสือยินยอมให้นักศึกษาไปทัศนศึกษาและเข้าร่วมกิจกรรม
ทั้งในและต่างประเทศ

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย , นาง , นางสาว).....อายุ.....ปี
 บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(บ้าน).....โทรศัพท์(มือถือ).....
 เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา ผู้ปกครอง อื่นๆ (ระบุ).....
 ของ (นาย , นางสาว).....

ข้าเจ้ายินยอมให้ (นาย , นางสาว).....
 ไปทัศนศึกษาและเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในและต่างประเทศ ตามโครงการที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
 ได้จัดดำเนินการ เพื่อเป็นการเพิ่มเติมความรู้ให้แก่นักศึกษา อันเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษา ทั้งนี้
 หากเกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายที่เกิดขึ้นกับนักศึกษา ข้าพเจ้า (นาย , นาง , นางสาว).....
 ยินดีรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นกับตัวนักศึกษา และไม่ถือเป็นความรับผิดชอบของวิทยาลัย

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

ผู้ให้การยินยอม

(ลงชื่อ).....นักศึกษา
 (.....)

รับทราบ

(ลงชื่อ).....พยาน
 (นางสาวมาริสสา สุวรรณราช)
 รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ

(ลงชื่อ).....พยาน
 (นางจีระภา นะแส)
 รองผู้อำนวยการกลุ่มอำนวยการ

(ลงชื่อ).....พยาน
 (นางสาวศุภีพร เพชรเรียง)
 ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

(ตัวอย่างการกรอกข้อมูล)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ใบตรวจสอบหลักฐานต่าง ๆ ในวันรายงานตัวเข้าศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

นามนักศึกษา (นาย/นางสาว).....(ชื่อนักศึกษา).....นามสกุล.....(นามสกุลนักศึกษา).....

ทุน/โควตา.....จังหวัด.....

ลำดับที่	รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
1	ประวัติผู้เข้ารับการศึกษ			
2	หนังสือมอบตัวนักศึกษา			
3	หนังสือยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา			
4	หนังสือยินยอมให้นักศึกษาฝึกภาคการปฏิบัติคล			
5	หนังสือยินยอมให้นักศึกษาออกนอกส			
6	หนังสือยินยอมให้นักศึกษา			
7	หนังสือยินยอม			
8	หนังสือยินยอม			
9งสำเนาถูกต้อง			
10นรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)			
11	ท.ขอสกุล ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลง (ถ้ามี)			
12	แบบอมูลประวัติภูมิคุ้มกัน			
13	ใบแจ้งย้ายทะเบียนบ้าน			

สำหรับกรรมการ

ผู้ตรวจสอบหลักฐาน.....(ลงชื่อกรรมการ).....

วัน/เดือน/ปี.....

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
ประวัตินักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

รหัสประจำตัวนักศึกษา.....(นักศึกษายังไม่ต้องกรอกข้อมูล).....

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย).....(คำนำหน้า ชื่อ สกุล นักศึกษา).....

(ภาษาอังกฤษ).....(ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่).....

วัน/เดือน/ปี ที่เกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....ศาสนา.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่นักศึกษาที่สามารถติดต่อได้.....(ที่อยู่นักศึกษาตามทะเบียนบ้านก่อนย้าย).....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

สถานที่/ที่อยู่ ที่ทำงาน (กรอกข้อมูลเมื่อสำเร็จการศึกษา).....(ยังไม่ต้องกรอกข้อมูล).....

อีเมลนักศึกษา.....

โรคประจำตัว.....

ประวัติการแพ้ยา/สารอาหาร.....

ชื่อ - สกุลผู้ปกครอง.....

ความสัมพันธ์กับนักศึกษา.....

ที่อยู่ผู้ปกครองที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

อาชีพผู้ปกครอง.....รายได้ผู้ปกครอง.....บาท/เดือน

ปีการศึกษาที่เข้า.....(2565).....ภาคการศึกษาที่เข้า.....(1).....

วันที่รับเข้า...(20 มิถุนายน 2565).....วันสิ้นสุดการเป็นนักศึกษา.....(กรอกข้อมูลเมื่อสำเร็จการศึกษา)

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สถานศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA).....

โควตา.....จังหวัดเจ้าของทุน.....

สถานะ/ตำแหน่งก่อนเข้าเรียน (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน)

บุคคลทั่วไป ข้าราชการ

ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว

อสม. บุตร อสม.

อื่นๆ.....(โปรดระบุ)

สิทธิการเบิกค่าเล่าเรียน (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน)

มี ไม่มี

สิทธิการรักษาพยาบาล (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน)

ไม่มีสิทธิ สวัสดิการการรักษาพยาบาล

ประกันสังคม ประกันสุขภาพ

บุตร อสม. อื่นๆ.....(โปรดระบุ)

สถานการณ์กู้ยืมเงินจากกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน)

กู้ ไม่กู้

ลงชื่อผู้กรอกข้อมูล.....

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
หนังสือมอบตัวนักศึกษา
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วันที่... (20)...เดือน...(มิถุนายน).....พ.ศ....(2565).....

ข้าพเจ้า.....(ชื่อ-สกุล บิดา, มารดา หรือผู้ปกครอง).....ผู้เป็น บิดา, มารดา,หรือผู้ปกครอง
ของ (นาย , นางสาว).....(ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....
(ที่อยู่ผู้ปกครอง)

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ขอมอบตัว (นาย , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....

ให้อยู่ในความดูแลของ (ชื่อสถาบันการศึกษา) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

และยินยอมให้ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

สั่งการเกี่ยวกับ (นาย , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....เพื่อประโยชน์ในการศึกษาภาคทฤษฎี
และภาคปฏิบัติตลอดหลักสูตร รวมทั้งการพลศึกษา ทัศนศึกษา และสังคมศึกษา ตามที่สถาบันการศึกษา จะได้จัด
ให้ มีขึ้นทุกประการ

การสั่งการของผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ดังกล่าว
ข้างต้น หากเป็นเหตุให้ข้าพเจ้าเกิดเรียกร้องจากสถาบันการศึกษา กรม หรือกระทรวงเจ้าสังกัด ของ
สถาบันการศึกษา ข้าพเจ้าขอสละสิทธิเรียกร้องเช่นว่านั้น และจะไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่ง

ตั้งแต่วันที่... (20).....เดือน...(มิถุนายน).....พ.ศ....(2565).....เป็นต้นไป

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

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
(นางสาวศุสึพร เพชรเรียง)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : 1. ข้อความใดไม่ใช้ให้ขีดฆ่า

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
หนังสือยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วันที่... (20)...เดือน... (มิถุนายน).....พ.ศ.... (2565).....

ข้าพเจ้า..... (ชื่อ-สกุล บิดา, มารดา หรือผู้ปกครอง)..... ผู้เป็น บิดา, มารดา, หรือผู้ปกครอง
ของ (นาย , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....

(ที่อยู่ผู้ปกครอง)

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด

ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....

ถ้า (นาย , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....

เจ็บป่วย แม้ต้องทำการผ่าตัดและต้องใช้ยาระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถาน
บริการสุขภาพ จัดการได้ทุกอย่างตามที่เห็นสมควร

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

(ลงชื่อ)..... ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
(นางสาวศุภีพร เพชรเรียง)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

หมายเหตุ : 1. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
หนังสือยินยอมให้นักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลนอกสถานที่

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
 วันที่...(20)...เดือน...(มิถุนายน).....พ.ศ...(2565).....

ข้าพเจ้า..... (ชื่อ-สกุล บิดา, มารดา หรือผู้ปกครอง).....ผู้เป็น บิดา, มารดา,หรือผู้ปกครอง
 ของ (นาย , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....

(ที่อยู่ผู้ปกครอง)

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ยินยอมให้ (นาย , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....

ออกจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เพื่อไปศึกษาภาคปฏิบัติการพยาบาลนอกสถานที่ได้

ถ้า (นาย , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....

เจ็บป่วย หรือได้รับอันตรายจากสาเหตุใดๆก็ตาม ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องจากสถานศึกษา กรม หรือ กระทรวงเจ้า
 สังกัดของสถาบันการศึกษา และไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่งและอาญา

ให้ไว้ ณ วันที่...(20)...เดือน...(มิถุนายน).....พ.ศ...(2565).....

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

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
 (นางสาวศุภีพร เพชรเรียง)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

หมายเหตุ : หากผู้ปกครองเป็นผู้มอบตัวนักศึกษา จะต้องมิใช่มอบอำนาจจากบิดา มารดา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
หนังสือยินยอมให้นักศึกษาออกนอกสถานที่ด้วยตนเอง

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วันที่...**(20)**...เดือน...**(มิถุนายน)**.....พ.ศ....**(2565)**.....

ข้าพเจ้า..... **(ชื่อ-สกุล บิดา, มารดา หรือผู้ปกครอง)**.....ผู้เป็น บิดา, มารดา,หรือผู้ปกครอง
ของ (นาย , นางสาว)..... **(ชื่อ-สกุล นักศึกษา)**.....

(ที่อยู่ผู้ปกครอง)

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ยินยอมให้ (นาย , นางสาว)..... **(ชื่อ-สกุล นักศึกษา)**.....

นักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต โควตา**(ระบุโควตาที่นักศึกษาสมัคร)**.....

สถานที่รับทุน.....**(ภูมิลำเนาของจังหวัดที่สมัคร)**.....

ออกจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ด้วยตนเอง ถ้า (นาย , นางสาว)..... **(ชื่อ-สกุล นักศึกษา)**.....

เจ็บป่วย หรือได้รับอันตรายจากสาเหตุใดๆก็ตาม ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องจากสถานศึกษา กรม หรือ กระทรวงเจ้า
สังกัดของสถาบันการศึกษา และไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่งและอาญา

ให้ไว้ ณ วันที่...**(20)**...เดือน...**(มิถุนายน)**.....พ.ศ....**(2565)**.....

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

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
(นางสาวศุภีพร เพชรเรียง)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
หนังสือยินยอมให้นักศึกษาใช้รถจักรยานยนต์

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วันที่...(20)...เดือน...(มิถุนายน).....พ.ศ....(2565).....

ข้าพเจ้า (นาย , นาง , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล บิดา, มารดา หรือผู้ปกครอง).....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน - (ผู้ปกครอง)
ซึ่งออกให้ อำเภอ.....เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....
อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(บ้าน).....โทรศัพท์(มือถือ).....
เป็น บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ของ..... (ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน - (นักศึกษา)
ซึ่งเป็นบุตร/ผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า

1. อนุญาตให้นำรถจักรยานยนต์มาใช้ในหอพักนักศึกษาได้
 2. ไม่อนุญาตให้นำรถจักรยานยนต์มาใช้ในหอพักนักศึกษา

กรณีที่ 1 ต้องมีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ คู่มือจดทะเบียนรถ หนังสือให้ความยินยอมจาก
เจ้าของรถ หรือหนังสือสัญญาซื้อขายหรือเจ้าของที่ระบุชื่อผู้ซื้อ ซึ่งเป็นเจ้าของยินยอม จึงจะมาขอ sticker
วิทยาลัยได้

หากนักศึกษาได้รับอันตรายจากการขับขี่ดังกล่าว หรือสูญหาย วิทยาลัยจะไม่รับผิดชอบความเสียหาย
ที่เกิดขึ้นใดๆ ทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

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

ผู้ให้การยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวมาริสสา สุวรรณราช)

รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางจีระภา นะแส)

รองผู้อำนวยการกลุ่มอำนาจการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวศุภิพร เพชรเรียง)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
หนังสือยินยอมให้นักศึกษาไปทัศนศึกษาและเข้าร่วมกิจกรรม
ทั้งในและต่างประเทศ

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วันที่...(20)...เดือน...(มิถุนายน).....พ.ศ...(2565).....

ข้าพเจ้า (นาย , นาง , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล บิดา, มารดา หรือผู้ปกครอง).....อายุ.....ปี
(ที่อยู่ผู้ปกครอง)

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(บ้าน).....โทรศัพท์(มือถือ).....

เกี่ยวข้องกับ บิดา มารดา ผู้ปกครอง อื่นๆ (ระบุ).....

ของ (นาย , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....

ข้าเจ้ายินยอมให้ (นาย , นางสาว)..... (ชื่อ-สกุล นักศึกษา).....
ไปทัศนศึกษาและเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในและต่างประเทศ ตามโครงการที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
ได้จัดดำเนินการ เพื่อเป็นการเพิ่มเติมความรู้ให้แก่ นักศึกษา อันเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษา ทั้งนี้
หากเกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายที่เกิดขึ้นกับนักศึกษา ข้าพเจ้า (นาย , นาง , นางสาว)(ชื่อ-สกุล บิดา, มารดา หรือผู้ปกครอง)
ยินดีรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นกับตัวนักศึกษา และไม่ถือเป็นความรับผิดชอบของวิทยาลัย

(ลงชื่อ).....บิดา,มารดา,หรือผู้ปกครอง

(.....)

ผู้ให้การยินยอม

(ลงชื่อ).....นักศึกษา

(.....)

รับทราบ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวมาริสรา สุวรรณราช)

รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางจีระภา นะแส)

รองผู้อำนวยการกลุ่มอำนวยการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวศุภิษา เพชรเรียง)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา