

ดิด
รูปถ่าย 1 นิ้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
แบบฟอร์มประวัตินักศึกษา

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6 0 2 6 0 1

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 29 โควตา.....จังหวัด.....

ประวัติส่วนตัว

ชื่อไทย นาย /นาง /นางสาว.....นามสกุล.....

ชื่ออังกฤษ Mr./Mrs./ Miss.....นามสกุล.....

ชื่อเล่น.....วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... จังหวัดที่เกิด.....

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....อายุ.....ปี.....เดือน.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน (13 หลัก)

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน.....

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

ประวัติการศึกษา

จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียน.....

จังหวัด.....เมื่อปี พ.ศ.....คะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX).....

ความสามารถพิเศษ.....

ข้อมูลบิดา -มารดา

บิดา ชื่อ/ นามสกุล.....

อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท/เดือน

มีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

มารดา ชื่อ/ นามสกุล.....

อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท/เดือน

มีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ หย่า คนหนึ่ง/ทั้งคู่ ถึงแก่กรรม

ข้อมูลผู้ปกครองที่สามารถติดต่อได้

ชื่อ/ นามสกุล.....อายุ.....ปี

อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท/เดือน ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์ (บ้าน).....มือถือ.....E-mail.....

วัน/เดือน/ปี ที่รายงานตัวเข้าศึกษา 17 กรกฎาคม 2560

วัน/เดือน/ปี ที่เข้าศึกษา 7 สิงหาคม 2560

**ใบมอบตัวนักศึกษา
กระทรวงสาธารณสุข**

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา,มารดา,หรือผู้ปกครอง
ของ (นาย,นางสาว).....
ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ขอมอบตัว (นาย,นางสาว).....ให้อยู่ในความดูแล
ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช และยินยอมให้ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี นครศรีธรรมราช สั่งการเกี่ยวกับ (นาย,นางสาว).....
เพื่อประโยชน์ในการศึกษาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติตลอดหลักสูตร รวมทั้งการพลศึกษา ทัศนศึกษา
และสังคมศึกษาตามที่สถาบันการศึกษาจะได้จัดให้มีขึ้นทุกประการ

การสั่งการของผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ดังกล่าวข้างต้น
หากเป็นเหตุให้ข้าพเจ้าเกิดสิทธิเรียกร้องจากสถาบันการศึกษา กรม หรือกระทรวงเจ้าสังกัดของ
สถาบันการศึกษา ข้าพเจ้าขอสละสิทธิเรียกร้องเช่นนั้น และจะไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่ง

ตั้งแต่วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

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

(ลงชื่อ).....
(นางสาววรรณภา ประทุมโทน)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ๑. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
๒. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา,มารดา,ผู้ปกครอง
ของ (นาย,นางสาว).....
ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจาก ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย,นางสาว).....
ถ้า(นาย,นางสาว).....เจ็บป่วยแม้ต้องถึงทำการผ่าตัด
และต้องใช้จ่ายระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพจัดการได้ทุกๆ
อย่างตามที่เห็นสมควร

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

(ลงชื่อ).....
(นางสาววรรณภา ประทุมโทน)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ๑. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
๒. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

ใบยินยอมให้นักศึกษาออกนอกสถานที่ด้วยตนเอง

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา/มารดา หรือผู้ปกครองของ
(นาย/นางสาว).....ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....
ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ยินยอมให้
(นาย/นางสาว).....นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โควตา.....ออกนอกวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
ด้วยตนเองถ้า(นาย/นางสาว).....เจ็บป่วยได้รับอันตราย
จากสาเหตุใดๆ ก็ตามข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องจากสถานศึกษา กรม หรือกระทรวง เจ้าสังกัดของสถาบัน
การศึกษาและไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่งและอาญา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

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

(ลงชื่อ).....
(นางสาววรรณภา ประทุมโทน)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ใบยินยอมให้นักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลนอกสถานที่

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา/มารดา หรือผู้ปกครองของ
 (นาย/นางสาว).....ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....
 ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ยินยอมให้
 (นาย/นางสาว).....ออกจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
 เพื่อไปศึกษาภาคปฏิบัติการพยาบาลนอกสถานที่ได้ ถ้า(นาย/นางสาว).....
 เจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายจากสาเหตุใด ๆ ก็ตาม ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องจากสถานศึกษา กรม หรือ
 กระทรวง เจ้าสังกัดของสถาบันการศึกษาและไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่งและอาญา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

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

(ลงชื่อ).....
 (นางสาววรรณภา ประทุมโทน)
 ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

หมายเหตุ หากผู้ปกครองเป็นผู้มอบตัวนักศึกษา จะต้องมิใช่มอบอำนาจจากบิดา มารดา

ใบมอบตัวนักศึกษา
กระทรวงสาธารณสุข

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

ข้าพเจ้า...ชื่อบิดา , มารดา หรือผู้ปกครอง.....ผู้เป็นบิดา,มารดา,หรือผู้ปกครอง
ของ (นาย,นางสาว).....ชื่อนักศึกษา.....
ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ฎมิลำเนาเดิม

ขอมอบตัว (นาย,นางสาว).....ชื่อนักศึกษา.....ให้อยู่ในความดูแล
ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช และยินยอมให้ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี นครศรีธรรมราช สั่งการเกี่ยวกับ (นาย,นางสาว).....ชื่อนักศึกษา.....
เพื่อประโยชน์ในการศึกษาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติตลอดหลักสูตร รวมทั้งการพลศึกษา ทักษะศึกษา และ
สังคมศึกษาตามที่สถาบันการศึกษาจะได้จัดให้มีขึ้นทุกประการ

การสั่งการของผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ดังกล่าวข้างต้น หาก
เป็นเหตุให้ข้าพเจ้าเกิดสิทธิเรียกร้องจากสถาบันการศึกษา กรม หรือกระทรวงเจ้าสังกัดของ
สถาบันการศึกษา ข้าพเจ้าขอสละสิทธิเรียกร้องเช่นนั้น และจะไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่ง

ตั้งแต่วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

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

(ลงชื่อ).....
(นางสาววรรณภา ประทุมโทน)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ๑. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
๒. ข้อความใดไม่ใช้ให้ขีดฆ่า

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
กระทรวงสาธารณสุข

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

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา,มารดา,ผู้ปกครอง
ของ (นาย,นางสาว).....**ชื่อนักศึกษา**.....

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

} ภูมิลำเนาเดิม

ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจาก ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย,นางสาว).....**ชื่อนักศึกษา**.....

ถ้า (นาย,นางสาว).....**ชื่อนักศึกษา**.....เจ็บป่วยแม้ต้องถึงทำการ

ผ่าตัดและต้องใช้จ่ายระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพจัดการได้
ทุกๆ อย่างตามที่เห็นสมควร

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

(ลงชื่อ).....
(นางสาววรรณภา ประทุมโทน)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ๑. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
๒. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

ใบยินยอมให้นักศึกษาออกนอกสถานที่ด้วยตนเอง

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

ข้าพเจ้า.....ชื่อบิดา , มารดา หรือผู้ปกครอง.....ผู้เป็นบิดา/มารดา หรือ ผู้ปกครองของ
(นาย/นางสาว).....ชื่อนักศึกษา.....ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....
ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....} อนุมัติแล้ว
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ยินยอมให้
(นาย/นางสาว).....ชื่อนักศึกษา.....นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โควตา.....ออกนอกวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
ด้วยตนเองถ้า(นาย/นางสาว).....ชื่อนักศึกษา.....เจ็บป่วยได้รับอันตราย
จากสาเหตุใดๆ ก็ตามข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องจากสถานศึกษา กรม หรือกระทรวง เจ้าสังกัดของสถาบัน
การศึกษาและไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่งและอาญา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

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

(ลงชื่อ).....
(นางสาววรรณภา ประทุมโทน)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

- ตัวอย่าง -

สปช.๖

ใบยินยอมให้นักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลนอกสถานที่

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

ข้าพเจ้า.....**ชื่อบิดา . มารดา หรือผู้ปกครอง**.....ผู้เป็นบิดา/มารดา หรือผู้ปกครองของ
(นาย/นางสาว).....**ชื่อนักศึกษา**.....ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....
ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ยินยอมให้ } **อนุมัติ**
(นาย/นางสาว).....**ชื่อนักศึกษา**.....ออกจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
เพื่อไปศึกษาภาคปฏิบัติการพยาบาลนอกสถานที่ได้ ถ้า(นาย/นางสาว).....**ชื่อนักศึกษา**.....
เจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายจากสาเหตุใด ๆ ก็ตาม ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องจากสถานศึกษา กรม หรือ
กระทรวง เจ้าสังกัดของสถาบันการศึกษาและไม่ตีคดีในทางแพ่งและอาญา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

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

(ลงชื่อ).....
(นางสาววรรณภา ประทุมโทน)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ หากผู้ปกครองเป็นผู้มอบตัวนักศึกษา จะต้องมิใช่มอบอำนาจจากบิดา มารดา