

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา  
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง  
วันที่ ๑๓ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

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

ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง  
เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย, นางสาว) .....

ถ้า(นาย, นางสาว) .....เจ็บป่วยแม้ถึงต้องทำการ  
ผ่าตัดและต้องไ้ยาระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ จัดการทุกอย่าง  
ตามที่เห็นสมควร

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

(ลงชื่อ) .....ผู้อำนวยการสถาบันศึกษา  
( นางประไพพิศ สิงหเสม )

(ลงชื่อ) .....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ) .....พยาน  
(.....)

หมายเหตุ : 1. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

ใบมอบตัวนักศึกษา  
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง  
วันที่ ๑๓ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

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

ขอมอบตัว(นาย, นางสาว).....  
ให้อยู่ในความดูแลของ (ชื่อสถาบันการศึกษา).....วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง.....  
และยินยอมผู้อำนวยการสถานศึกษา .....นางประไพพิศ สิงหเสน.....สั่งการเกี่ยวกับ  
(นาย, นางสาว) .....เพื่อประโยชน์ในการศึกษาภาคทฤษฎีและ  
ภาคปฏิบัติตลอดหลักสูตร รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ตามที่สถาบันการศึกษาจะได้จัดให้มีขึ้นทุกประการ  
การสั่งการของผู้อำนวยการสถานศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ดังกล่าวข้างต้น หาก  
เป็นเหตุให้ข้าพเจ้าเกิดสิทธิเรียกร้องจากสถานศึกษา กรม หรือกระทรวงเข้าสังกัดสถานศึกษา ข้าพเจ้าขอ  
สละสิทธิเรียกร้องเช่นว่านั้น และจะไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่ง  
ตั้งแต่วันที่ ๑๓ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

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

(ลงชื่อ) .....ผู้อำนวยการสถาบันศึกษา  
( นางประไพพิศ สิงหเสน )

(ลงชื่อ) .....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ) .....พยาน  
(.....)

หมายเหตุ

1. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

### ใบยินยอมให้เป็นผู้ดำเนินการแทนผู้ปกครอง

เรื่อง ยินยอมให้เป็นผู้ดำเนินการแทนผู้ปกครอง  
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

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

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

(ลงชื่อ) .....ผู้รับมอบอำนาจ  
( นางประไพพิศ สิงหเสม )

(ลงชื่อ) .....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ) .....พยาน  
(.....)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา ๒๕๖๓  
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	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

๑.๑ บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เมื่อ.....  
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....สถานภาพ.....  
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....อาชีพ.....  
 สถานที่ทำงาน.....รายได้.....บาท/เดือน โทรศัพท์ที่ทำงาน.....  
 เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

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

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