



ใบอนุญาตให้ทำการรักษาพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ ๗๐ ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า .....  
ผู้ปกครองของ นางสาว/นาย .....อยู่บ้านเลขที่.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์..... ขออပ်หมายให้เจ้าหน้าที่หรือ  
อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ดูแลสุขภาพของ  
นางสาว/นาย.....รวมทั้งการักษาพยาบาล และการผ่าตัดตามความ  
จำเป็นเร่งด่วน

จึงลงนามไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าอาจารย์ ผู้ดูแลสุขภาพนักศึกษา

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้ปกครอง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....  
(.....)

อาจารย์หรือบุคลากรผู้ดูแลงานสุขภาพนักศึกษา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....



คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
 ทะเบียนบิดา มารดา และผู้ปกครองนักศึกษาพยาบาล  
 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ ๗๐ ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ชั้นปี เลขที่

--	--

.....

นักศึกษาชื่อ.....นามสกุล.....  
 วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....  
 ศาสนา.....เลขประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....

ติดภาพถ่าย  
 นักศึกษา

บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 อาชีพ.....รายได้ประมาณเดือนละ.....บาท ตำแหน่ง.....  
 แผนก/ฝ่าย.....ชื่อหน่วยงาน.....กอง.....  
 กระทรวง.....โทรศัพท์.....สถานที่ใกล้เคียง.....

มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 อาชีพ.....รายได้ประมาณเดือนละ.....บาท ตำแหน่ง.....  
 แผนก/ฝ่าย.....ชื่อหน่วยงาน.....กอง.....  
 กระทรวง.....โทรศัพท์.....สถานที่ใกล้เคียง.....

ผู้ปกครองลำดับที่ ๑ ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 เกี่ยวข้องกับนักศึกษาโดยเป็น.....อยู่บ้านเลขที่(พักอาศัยปัจจุบัน).....ตรอก/ซอย.....  
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 โทรศัพท์ บ้านพัก.....มือถือ.....อาชีพ.....  
 รายได้ประมาณเดือนละ.....บาท ตำแหน่ง.....แผนก/ฝ่าย.....  
 ชื่อหน่วยงาน.....กอง.....กระทรวง.....  
 โทรศัพท์.....สถานที่ใกล้เคียง.....

ผู้ปกครองลำดับที่ ๒ ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 เกี่ยวข้องกับนักศึกษาโดยเป็น.....อยู่บ้านเลขที่(พักอาศัยปัจจุบัน).....ตรอก/ซอย.....  
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 โทรศัพท์ บ้านพัก.....มือถือ.....อาชีพ.....  
 รายได้ประมาณเดือนละ.....บาท ตำแหน่ง.....แผนก/ฝ่าย.....  
 ชื่อหน่วยงาน.....กอง.....กระทรวง.....  
 โทรศัพท์.....สถานที่ใกล้เคียง.....

หมายเหตุ

- ๑. ผู้ปกครองต้องมีอย่างน้อย ๒ คน และสามารถติดต่อได้สะดวก รวดเร็ว (หากทางคณะฯ มีความจำเป็นต้องติดต่อผู้ปกครอง ถ้าติดต่อลำดับที่ ๑ ไม่ได้จำเป็นต้องติดต่อลำดับที่ ๒ ต่อไป)
- ๒. บิดา มารดา และผู้ปกครองย้ายที่อยู่ หรือที่ทำงาน โปรดแจ้งฝ่ายปกครองและกิจการนักศึกษา คณะฯทราบภายใน ๑๕ วัน (วันเวลาราชการ) หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๒๔๑๖๕๐๐ ต่อ ๒๕๐๒, ๒๕๐๙ หรือ ให้นักศึกษามาแจ้งได้ที่ฝ่ายกิจการนักศึกษาโดยตรง

ผู้ปกครองลำดับที่ ๑

ติดภาพถ่าย  
ผู้ปกครอง

ผู้ปกครองลำดับที่ ๒

ติดภาพถ่าย  
ผู้ปกครอง

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตัวบรรจง