



ใบอนุญาตให้ทำการรักษาพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ ๗๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๗

.....

ข้าพเจ้า
ผู้ปกครองของ นางสาว/นายอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....ขอขอบหมายให้เจ้าหน้าที่หรือ
อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ดูแลสุขภาพของ
นางสาว/นาย.....รวมทั้งการรักษาพยาบาล และการผ่าตัดตามความ
จำเป็นเร่งด่วน

จึงลงนามไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าอาจารย์ ผู้ดูแลสุขภาพนักศึกษา

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ปกครอง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ.....
(.....)

อาจารย์หรือบุคลากรผู้ดูแลงานสุขภาพนักศึกษา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.