ที่ ...../256

คณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยเชียงราย
199 หมู่ 6 ต.ป่าอ้อดอนชัย
อ.เมือง จ.เชียงราย
57000

วันที่ /เดือน /พ.ศ.

เรื่อง ขอแจ้งรายละเอียดการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

เรียน ผู้ปกครองของนักศึกษาพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดการฝึกปฏิบัติ จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ได้จัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาคการศึกษา.....ปีการศึกษา.....สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่.....เพื่อให้นักศึกษาสามารถนำความรู้ภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงได้

ในการนี้ เพื่อให้นักศึกษาได้รับความรู้และประสบการณ์จากการจัดการเรียนการสอน คณะพยาบาลศาสตร์ จึงขอแจ้งรายละเอียดการไปฝึกปฏิบัติในต่างอำเภอ/จังหวัด ของนักศึกษาพยาบาล ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์เทียมศร ทองสวัสดิ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

คณะพยาบาลศาสตร์
โทร 0-5317-0331-3

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

แบบฟอร์มการไปฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่.....

ภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา.....

ชื่อ.....สกุล.....รหัส.....

ชื่อ.....สกุล.....รหัส.....

ชื่อ.....สกุล.....รหัส.....

ชื่อ.....สกุล.....รหัส.....

ชื่อ.....สกุล.....รหัส.....

ชื่อ.....สกุล.....รหัส.....

ชื่อ.....สกุล.....รหัส.....

ชื่อ.....สกุล.....รหัส.....

รายวิชา.....ชื่อวิชา.....

ภาคการศึกษา.....ปีการศึกษา.....

ณ. โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

- ☑ กลุ่มที่ 1 วันที่.....ถึง.....
- ☐ กลุ่มที่ 2 วันที่.....ถึง.....
- ☐ กลุ่มที่ 3 วันที่.....ถึง.....
- ☐ กลุ่มที่ 4 วันที่.....ถึง.....

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

แบบตอบรับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลจากผู้ปกครอง

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ผู้ปกครองของ (นาย/นางสาว).....รหัส.....ชั้นปีที่..... หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เกี่ยวข้องเป็น.....ของนักศึกษา ยินดีให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาล.....จังหวัด..... ในช่วงเวลาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

.....

(.....)

...../...../.....

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย