

รหัสนักศึกษา



หนังสือรับทราบ และให้ความยินยอมจากผู้ปกครองในการเรียนและฝึกประสบการณ์วิชาชีพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของนาย/นางสาว.....

โดยเกี่ยวข้องเป็น.....ของนักศึกษาขอให้ความยินยอมให้นาย/นางสาว.....

เรียนทฤษฎีหรือฝึกปฏิบัติงาน ณ สถานที่ฝึกที่ทางวิทยาลัยดำเนินการ ในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร

บัณฑิตจนจบการศึกษาเพื่อต้องการให้นักศึกษามีความรู้เพิ่มเติมและฝึกฝนประสบการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องในด้าน

วิชาชีพอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อนักศึกษา ในการเรียนหรือฝึกประสบการณ์ของนักศึกษา ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบถึง

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นการติดเชื้อ การติดโรค หรืออุบัติเหตุใดๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพหรือร่างกายของ

นักศึกษาและยินยอมให้นักศึกษาเดินทางไปฝึกงานได้ตามช่วงเวลาที่กำหนดจนจบการศึกษาซึ่งในระหว่างการเรียน

หรือฝึกปฏิบัติงาน หากเกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพหรือชีวิตหรืออุบัติเหตุหรือได้รับความเสียหายเกินกว่าสิทธิ

ประกันที่ทางวิทยาลัยเชียงรายได้จัดทำให้นักศึกษา ข้าพเจ้ายินยอมที่จะไม่เรียกร้องสิทธิหรือฟ้องร้องทางแพ่ง

หรืออาญาต่อคณะ พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย หรือผู้เกี่ยวข้องกับการเรียนหรือการดำเนินการฝึกงาน

ดังกล่าว

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)ลงชื่อ.....พยาน
(.....)ข้าพเจ้ารับทราบความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการเรียนจนจบหลักสูตรและยินยอมปฏิบัติตาม
ระเบียบของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงรายลงชื่อ.....นักศึกษา
(.....)