

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 ในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจนจบการศึกษาเพื่อต้องการให้นักศึกษามีความรู้เพิ่มเติมและฝึกฝนประสบการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องในด้านวิชาชีพอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อนักศึกษา ในการเรียนหรือฝึกประสบการณ์ของนักศึกษา ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นการติดเชื้อ การติดโรค หรืออุบัติเหตุใดๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพหรือร่างกายของนักศึกษาและยินยอมให้นักศึกษาเดินทางไปฝึกงานได้ตามช่วงเวลาที่กำหนดจนจบการศึกษาซึ่งในระหว่างการเรียนหรือฝึกปฏิบัติงาน หากเกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพหรือชีวิตหรืออุบัติเหตุหรือได้รับความเสียหายเกินกว่าสิทธิประกันที่ทางวิทยาลัยเชียงรายได้จัดทำให้นักศึกษา ข้าพเจ้ายินยอมที่จะไม่เรียกร้องสิทธิหรือฟ้องร้องทางแพ่งหรืออาญาต่อคณะ พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย หรือผู้เกี่ยวข้องกับการเรียนหรือการดำเนินการฝึกงานดังกล่าว

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ข้าพเจ้ารับทราบความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการเรียนจนจบหลักสูตรและยินยอมปฏิบัติตามระเบียบของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

ลงชื่อ.....นักศึกษา
(.....)