



ทะเบียนผู้ปกครอง

ชื่อนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ ๖๕ เบอร์โทร

บิดา	มารดา	ผู้ปกครอง
ชื่อ - สกุล..... <input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรมแล้ว อาชีพ..... ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ (ถ้ามี)..... สถานที่ปฏิบัติงาน..... โทรศัพท์..... ลายเซ็นบิดา..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	ชื่อ - สกุล..... <input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรมแล้ว อาชีพ..... ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ (ถ้ามี)..... สถานที่ปฏิบัติงาน..... โทรศัพท์..... ลายเซ็นมารดา..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	ชื่อ - สกุล..... <input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรมแล้ว อาชีพ..... ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ (ถ้ามี)..... สถานที่ปฏิบัติงาน..... โทรศัพท์..... ลายเซ็นผู้ปกครอง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บุคคลที่วิทยาลัยพยาบาลฯ สามารถติดต่อได้ทันทีเมื่อมีความจำเป็นเกี่ยวกับนักศึกษา

บิดา

มารดา

ผู้ปกครอง