

**หนังสือแสดงความยินยอมของผู้แทนโดยชอบธรรม
ให้นักศึกษาเข้าร่วมศึกษาดูงาน เข้าร่วมกิจกรรม และฝึกปฏิบัติงาน**

ทำที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....(บิดา) อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้า.....(มารดา) อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของนาย/นางสาว.....นักศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งต่อไปในหนังสือแสดงความยินยอมนี้ เรียกว่า “นักศึกษา” และยินยอมให้นักศึกษาเข้าร่วม
ศึกษาดูงาน เข้าร่วมกิจกรรม และฝึกปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามกำหนดของรายวิชาต่างๆ
ซึ่งอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และที่มหาวิทยาลัยคริสเตียนกำหนด และหากเกิดความเสียหาย แก่นักศึกษา ไม่ว่าจะ
เกิดจากการกระทำของนักศึกษาหรือจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็ผลโดยตรงหรือต่อเนื่องหรือที่เกี่ยวข้องกับมหาวิทยาลัยคริสเตียน
ข้าพเจ้าจะไม่ตั้งใจเรียกร้องให้มหาวิทยาลัยคริสเตียนรับผิดชอบแต่ประการใด และขอร่วมรับผิดชอบกับนักศึกษาทุกประการ
หากนักศึกษาฝ่าฝืนข้อบังคับ ระเบียบปฏิบัติ ประกาศ คำสั่งของมหาวิทยาลัยคริสเตียน และยินยอมให้มหาวิทยาลัยคริสเตียน
เป็นผู้ดูแลนักศึกษาเบื้องต้น หากนักศึกษาเกิดเจ็บป่วยร้ายแรง เกิดอุบัติเหตุ หรือเหตุฉุกเฉินใด ๆ

(ลงนาม)..... บิดา
(.....)

(ลงนาม)..... มารดา
(.....)

ข้าพเจ้าพยานขอรับรองว่าผู้แทนโดยชอบธรรมของนักศึกษาได้ลงนามต่อหน้าพยานจริง

(ลงนาม)..... พยาน
(.....)

คุณสมบัติของผู้เป็นพยาน

1. ข้าราชการประจำ ที่ดำรงตำแหน่งไม่ต่ำกว่าระดับ 3 หรือเทียบเท่า
2. หากเป็นข้าราชการทหารหรือตำรวจ ต้องมีชั้นยศตั้งแต่ร้อยตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป
3. กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน

*****พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน แล้วแต่กรณี และรับรองสำเนาถูกต้อง 1 ชุด*****