



คำรับรองของผู้ปกครอง/ปกครองตนเอง

ข้าพเจ้า.....อายุ.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....

ชื่อที่ทำงาน.....ที่ตั้ง.....

.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....

เป็นผู้ปกครองของ.....(ชื่อนักศึกษา)

โดยเกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอมอบตัว.....(ชื่อนักศึกษา)

เพื่อเข้าศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์แห่งนี้ในระดับ.....

สาขาวิชา.....ภาควิชา.....

ต่อคุณบดี.....

ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจนโยบายวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์แล้วและขอรับรองว่า
จะเป็นผู้อุปการะและดูแลควบคุมทั้งในด้านการเรียน ความประพฤติ สุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการศึกษาตลอดจน
ยอมรับผิดชอบ ชดใช้เงินให้แก่มหาวิทยาลัยถ้าหากปรากฏว่า ข้าพเจ้านักศึกษาที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า
ทำทรัพย์สินของมหาวิทยาลัยเสียหาย หรือมีหนี้สินค้างอยู่กับมหาวิทยาลัย และยินดีให้ความร่วมมือกับ
มหาวิทยาลัยทุกวิถีทางที่จะอบรมนักศึกษาให้เป็นไปตามนโยบายของมหาวิทยาลัยด้วยความบริสุทธิ์ใจ

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ นักศึกษาที่จะปกครองตนเองได้ ต้องมีเงื่อนไขครบ ๓ ประการ คือ

๑. บรรลุนิติภาวะ
๒. ประกอบอาชีพแล้วมีรายได้เป็นของตนเอง
๓. สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการศึกษาได้

