



ใบรายงานความประพฤติและข้อมูลของผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา
 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
 สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อ (นักศึกษา).....นามสกุล.....

๒. สำเร็จการศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ ๖ จาก

โรงเรียน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

๓. ปีที่สำเร็จการศึกษา ม.๖ วันที่..... เดือน พ.ศ.

๔. ชื่ออาจารย์ประจำ หรืออาจารย์ที่ปรึกษา.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

๕. ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร.....

๖. ความประพฤติ (ระบุรายละเอียดพฤติกรรม).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๗. ประวัติการกระทำความผิด

ไม่เคยกระทำความผิด

เคยกระทำความผิด เกี่ยวกับเรื่อง.....

๘. การสูบบุหรี่ สูบ ไม่สูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว

๙. การดื่มแอลกอฮอล์ ดื่ม ไม่ดื่ม เคยดื่มแต่เลิกแล้ว

๑๐. ประวัติการรับทุน

ไม่เคยได้รับทุน เคยได้รับทุน

๑๐.๑ ชื่อทุน.....จำนวนเงิน.....ปีการศึกษาที่ได้ทุน.....

๑๐.๒ ชื่อทุน.....จำนวนเงิน.....ปีการศึกษาที่ได้ทุน.....

๑๐.๓ ชื่อทุน.....จำนวนเงิน.....ปีการศึกษาที่ได้ทุน.....

๑๐.๔ ชื่อทุน.....จำนวนเงิน.....ปีการศึกษาที่ได้ทุน.....

๑๐.๕ ชื่อทุน.....จำนวนเงิน.....ปีการศึกษาที่ได้ทุน.....

๑๐.๖ ชื่อทุน.....จำนวนเงิน.....ปีการศึกษาที่ได้ทุน.....

๑๑. ประวัติการกู้ยืมเงินเพื่อการศึกษา

 ไม่เคยกู้ กู้ยืมเงินทุน กยศ. หรือทุนอื่น ๆ

๑๑.๑ ปีการศึกษาที่กู้.....จำนวนเงิน.....

๑๑.๒ ปีการศึกษาที่กู้.....จำนวนเงิน.....

๑๑.๓ ปีการศึกษาที่กู้.....จำนวนเงิน.....

๑๑.๔ ปีการศึกษาที่กู้.....จำนวนเงิน.....

๑๑.๕ ปีการศึกษาที่กู้.....จำนวนเงิน.....

๑๑.๖ ปีการศึกษาที่กู้.....จำนวนเงิน.....

๑๒. ประวัติครอบครัว

อาชีพบิดา.....รายได้ต่อเดือน.....รายได้ต่อปี.....

อาชีพมารดา.....รายได้ต่อเดือน.....รายได้ต่อปี.....

๑๓. กรณีไม่มี บิดา / มารดา ให้ระบุอาชีพผู้ปกครองแทน

อาชีพผู้ปกครอง.....รายได้ต่อเดือน.....รายได้ต่อปี.....

๑๔. ข้อคิดเห็นอื่นๆ.....

.....

.....

.....

.....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนั้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ปกครอง

(.....)



ประวัตินักศึกษาและใบมอบตัวเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง รุ่นที่ ๔๐ ปีการศึกษา ๒๕๖๐
 วันเดือนปีที่เข้าศึกษา ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

() ระบบคัดตรงจากพื้นที่ () ระบบสอบกลาง () โครงการผลิตพยาบาลฯ
 โควตา.....จังหวัด.....

๑. ชื่อนามสกุล (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว.....
๒. ชื่อนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Mi.....
๓. ชื่อเล่น..... เลขที่ประจำตัวประชาชน (๑๓ หลัก)
๔. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี หมู่เลือด.....
๕. สถานที่เกิด ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
๖. ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (บ้าน)โทรศัพท์ (มือถือ).....
 E-mail.....
๗. บิดาชื่อ-นามสกุล.....
 อายุ.....ปี () ยังมีชีวิตอยู่ () ถึงแก่กรรม
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (บ้าน)
 โทรศัพท์ (มือถือ) อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน.....บาท
 สถานปฏิบัติงาน.....
 สุขภาพ () แข็งแรง () มีโรคประจำตัว.....
๘. มารดาชื่อ-นามสกุล.....
 อายุ.....ปี () ยังมีชีวิตอยู่ () ถึงแก่กรรม
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (บ้าน)
 โทรศัพท์ (มือถือ) อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน.....บาท
 สถานปฏิบัติงาน.....
 สุขภาพ () แข็งแรง () มีโรคประจำตัว.....

๙. สถานภาพสมรสของบิดามารดา

() คู่ () หย่า () แยกกันอยู่ () หม้าย

๑๐. ชื่อนามสกุลผู้ปกครอง (นาย/นาง/นางสาว).....

ความสัมพันธ์กับนักศึกษา.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (บ้าน)โทรศัพท์ (มือถือ)

อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

๑๑. ประวัติครอบครัว เป็นบุตรคนที่.....มีพี่น้อง.....คน ชาย คน หญิง คน

ทำงานแล้ว คน ยังศึกษาอยู่ คน

๑๒. ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา ของผู้สมัคร	ชื่อสถานศึกษา	อำเภอ/เขต /จังหวัด	เริ่มศึกษา พ.ศ.	สำเร็จ การศึกษา พ.ศ.	เกรด เฉลี่ย
ม.๖					

๑๓. ความสามารถพิเศษ.....

๑๔. เพื่อนสนิทชื่อ.....ศึกษาที่.....โทรศัพท์ (มือถือ).....

๑๕. ประวัติสุขภาพ

() โรคประจำตัว

() เคยเจ็บป่วยด้วยโรค.....เมื่อใด.....

() แพ้ยา

() การผ่าตัดเกี่ยวกับ.....เมื่อใด.....

๑๖. สิทธิบัตรในการรักษาพยาบาล

() เบิกได้

() ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัดของบิดามารดา

() ใช้สิทธิประกันสังคม หรือประกันชีวิต ของนักศึกษา

() ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทองของนักศึกษา)

() เบิกไม่ได้ (ชำระเอง)

๑๗. รายได้ของบิดา มารดา รวมกันเท่ากับ.....บาท/เดือน

๑๘. รายได้ที่นักศึกษาได้รับ.....บาท/เดือน แหล่งของรายได้.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนั้นเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏว่าไม่เป็นความจริงใน
ภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานศึกษาจำหน่ายชื่อข้าพเจ้าออกจากการเป็นนักศึกษาได้ทันที

ลงชื่อนักศึกษา

(นาย/นาง/นางสาว.....) ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.



ใบสมัคร / ยินยอมให้เข้าพักหอพัก
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

เขียน ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
 วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๑

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว วัน เดือน ปี เกิด อายุ ปี
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล.....
 อำเภอ จังหวัด นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ ปีการศึกษา
 มีความประสงค์จะสมัครเข้าพักอยู่ในหอพักของวิทยาลัยพยาบาลฯ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
 เป็นต้นไป และจะปฏิบัติตามกฎระเบียบขอหอพักทุกประการ

ส่วนที่ ๒

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว เกี่ยวข้องเป็น
 ในฐานะผู้ปกครองของนักศึกษา นาย/นางสาว ยินยอมให้

๑. นาย/นางสาว เข้า - ออก นอกบริเวณวิทยาลัยฯ ด้วยตนเอง
 ตามระเบียบที่กำหนด คือหลังเลิกเรียนในวันธรรมดา จันทร์ - ศุกร์ เวลา ๑๖.๐๐ - ๒๐.๐๐ น. รวมทั้งวันหยุด
 เรียน หรือ วันหยุดการฝึกปฏิบัติ หรือวันที่ไม่มีกิจกรรมของวิทยาลัยฯ
๒. นาย/นางสาว รับผิดชอบตนเองในการเดินทางไปฝึกปฏิบัติงานใน
 หน่วยงานต่างๆ ทั้งภายใน - ภายนอกจังหวัด และพักค้างคืนในสถานที่ฝึกงานที่วิทยาลัยฯ หรือสถานที่ฝึกงาน
 จัดให้
๓. นาย/นางสาว อยู่ในความดูแลของวิทยาลัยฯ และยินยอมให้
 ผู้อำนวยการวิทยาลัยฯ หรืออาจารย์สั่งการเพื่อประโยชน์ในการศึกษาภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ ตลอดหลักสูตร
 รวมทั้ง การทำกิจกรรมนอกหลักสูตรและทัศนศึกษาตามสถานที่ที่สถาบันกำหนด
๔. นาย/นางสาว พักอยู่ในหอพักวิทยาลัยฯ และจะปฏิบัติตาม กฎระเบียบ
 ของหอพักและวิทยาลัยฯ ทุกประการ

และหากมีเหตุใดๆ เกิดขึ้นจากเหตุสุดวิสัยกับ นาย/นางสาว ขณะอยู่
 ในหอพัก หรือสถานที่ฝึกปฏิบัติงานและระหว่างการเดินทางเมื่อออกนอกวิทยาลัยฯ หรือสถานที่ฝึกปฏิบัติงาน
 ข้าพเจ้า ขอรับผิดชอบเหตุที่เกิดขึ้นทุกประการ โดยไม่เรียกร้องกล่าวหาต่อวิทยาลัยฯ แต่ประการใด

ลงชื่อ.....นักศึกษา
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
 (.....)

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....พยาน
 (นางชมพูนุท แสงวิจิตร)

ลงชื่อ.....พยาน
 (นางวิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล)

ลงชื่อ.....

(นางจรรยาพร ทะแกลัวพันธ์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



ประวัตินักศึกษา
 (สำหรับหอพัก)
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

เลขที่ ปีการศึกษา

เขียน ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วันที่ เดือน พ.ศ.

ประวัติส่วนตัว

๑. ข้าพเจ้า นาย/นางสาว ชื่อเล่น วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ..... ปี
 ชั้นปีที่ ๑ รุ่น จังหวัด น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม.
 หมู่เลือด โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ

ยาที่แพ้ มี ไม่มี โปดระบู อาหารที่มี มี ไม่มี โปดระบู

การรักษาพยาบาล เบิกได้ ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพ

ความสามารถพิเศษ

นักศึกษาได้รับค่าใช้จ่ายเดือน..... บาท จาก บิดา มารดา ผู้ปกครอง กยศ. อื่นๆ

เบอร์โทรศัพท์มือถือ..... E - Mai.....

ประวัติครอบครัว

๑. ชื่อสกุล บิดา ถึงแก่กรรม มีชีวิต อายุ ปี อาชีพ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท สถานที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

๒. ชื่อสกุล มารดา..... ถึงแก่กรรม มีชีวิต อายุ ปี อาชีพ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท สถานที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์

ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

สถานภาพของบิดา มารดา อยู่ด้วยกัน หย่ากัน/แยกทางกัน แยกกันอยู่เพราะอาชีพ หม้าย

๓. ข้าพเจ้า มีพี่น้อง คน ข้าพเจ้าเป็นบุตรคนที่ ของครอบครัว มีพี่น้องทำงานแล้ว คน พี่น้องที่กำลัง
 ศึกษาอยู่ คน

๔. ญาติ ที่สามารถติดต่อได้แทนผู้ปกครอง ชื่อ - สกุล อายุ ปี

ความสัมพันธ์กับนักศึกษา ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์

ลงชื่อ นักศึกษา
 (.....)



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
หนังสือมอบอำนาจ

ติดรูป
บิดา/มารดา/
ผู้ปกครอง
ขนาด ๑ นิ้ว

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว.....นามสกุล.....
อยู่บ้านเลขที่.....
โทรศัพท์ที่บ้าน..... มือถือ.....
มีความประสงค์ให้ นาย/นางสาว.....ออกนอกบริเวณวิทยาลัยพยาบาลฯ ได้
ในวันหยุดเรียนหรือหยุดฝึกภาคปฏิบัติ โดย นาย/นางสาว.....เป็นผู้ลงนาม
ขออนุญาตออกนอกบริเวณวิทยาลัยพยาบาลฯ และกลับเข้าวิทยาลัยพยาบาลฯ ตามเวลากำหนดไว้
และข้าพเจ้าไม่เรียกร้องกล่าวหาทางวิทยาลัยพยาบาลฯ แต่อย่างใด หากมีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้น
ขณะนักศึกษาออกนอกวิทยาลัยพยาบาลฯ และข้าพเจ้าจะรับผิดชอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทุกประการ

ข้าพเจ้าเข้าใจระเบียบต่างๆ ดีทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....
(.....)

.....

.....

ลงชื่อ.....

(นางจรรยาพร ทะแก้วพันธุ์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



ใบมอบฉันทะ/ใบมอบอำนาจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา , มารดา , หรือผู้ปกครอง
ของ (นาย , นางสาว).....
ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ขอมอบฉันทะ/มอบอำนาจให้.....มีความสัมพันธ์.....
ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ทำการแทน โดยข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบฉันทะ/ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้า ได้ทำการไปนั้นทุก
ประการที่เกิดขึ้น

ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบฉันทะ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ ให้แนบเอกสาร สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มอบฉันทะ/อำนาจพร้อมรับรองสำเนา หากผู้ปกครองของ
นักศึกษาท่านใดที่ไม่สามารถเดินทางมารายงานตัวได้ ขอให้มอบฉันทะ/มอบอำนาจ ให้บุคคลอื่นมาแทน ตาม
แบบฟอร์มนี้