



ประวัตินักศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม รุ่นที่.....
หลักสูตรสาขารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสาขารณสุขชุมชน รุ่นที่.....
 สาขาวิชาทันตสาขารณสุข รุ่นที่.....
เข้าศึกษา เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้อมูลส่วนตัว

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....ชื่อเล่น.....อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด.....โคเวตาจังหวัด.....
จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
โทรศัพท์.....
๑.๒ ภูมิลำเนา
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
๑.๓ สถานภาพสมรส โสด สมรส ชื่อ - สกุลคู่สมรส.....
อายุ.....ปี อาชีพ.....

๒. ข้อมูลด้านครอบครัว

๒.๑ ชื่อ - นามสกุลบิดา.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม
อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....
.....หมายเลขโทรศัพท์.....
๒.๑ ชื่อ - นามสกุลมารดา.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม
อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....
.....หมายเลขโทรศัพท์.....
๒.๓ จำนวนพี่น้องร่วมบิดา - มารดา ทั้งหมด.....คน ข้าพเจ้าเป็นบุตรคนที่.....มีรายละเอียดดังนี้
คนที่ ๑ ชื่อ.....อายุ.....ปี
การศึกษาสูงสุด/ปัจจุบัน.....อาชีพ.....
คนที่ ๒ ชื่อ.....อายุ.....ปี
การศึกษาสูงสุด/ปัจจุบัน.....อาชีพ.....
คนที่ ๓ ชื่อ.....อายุ.....ปี
การศึกษาสูงสุด/ปัจจุบัน.....อาชีพ.....
คนที่ ๔ ชื่อ.....อายุ.....ปี
การศึกษาสูงสุด/ปัจจุบัน.....อาชีพ.....

๓. ประวัติการศึกษา (ตามลำดับ รวมทั้งอยู่ในระหว่างการศึกษา ณ สถาบันการศึกษาอื่น เช่น มหาวิทยาลัยเปิด)

ระดับการศึกษา	ชื่อสถาบัน	คะแนนเฉลี่ย	ปีที่จบ

ประวัติการรับทุนการศึกษาและทุนกู้ยืม

ชนิดของทุน/ชื่อทุน	จำนวนเงินที่ได้รับ	ปีที่ได้รับทุน

๔. ข้อมูลด้านสังคม

- ๔.๑ หมูโลหิต..... น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
- ๔.๒ สายตา ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....
- ๔.๓ โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....
- ๔.๔ การผ่าตัด ไม่เคย เคย ระบุ.....
- ๔.๕ โรคหัด ไม่เคยเป็น เคยเป็น ระบุ.....
- ๔.๖ การสูบบุหรี่ ไม่เคยเป็น เคยเป็น ระบุ.....
- ๔.๗ อาการปวดประจำเดือน ไม่มี มี (สำหรับนักศึกษาหญิง)
- ๔.๘ งานอดิเรก.....
-
-
-
-
-

- ๔.๙ ความสามารถพิเศษ.....
-
-
-
-

สบข.

ใบมอบตัวนักศึกษา
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา, มารดา, หรือผู้ปกครองของ
(นาย,นางสาว).....
ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ขอมอบตัว(นาย,นางสาว).....
ให้อยู่ในความดูแลของ(ชื่อสถาบันการศึกษา).....
และยินยอมให้ผู้ดำเนินการสถาบันการศึกษา.....
สั่งการเกี่ยวกับนาย,นางสาว.....เพื่อประโยชน์ในการศึกษาภาคทฤษฎี
และภาคปฏิบัติตลอดหลักสูตร รวมทั้งการพลศึกษา ทัศนศึกษา และสังคมศึกษา ตามที่สถาบันการศึกษาจะได้
จัดให้มีขึ้นทุกประการ

การสั่งการของผู้ดำเนินการสถาบันการศึกษา.....
ดังกล่าว ข้างต้น หากเป็นเหตุให้ข้าพเจ้าเกิดสิทธิเรียกร้องจากสถาบันการศึกษา กรม หรือกระทรวงเจ้าสังกัด
ของสถาบันการศึกษา ข้าพเจ้าขอสละสิทธิเรียกร้องเช่นนั้น และจะไม่ติดใจดำเนินคดีในทางแพ่ง

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

(ลงชื่อ)บิดา,มารดา,หรือผู้ปกครอง
(.....)

(ลงชื่อ)ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

- หมายเหตุ :
1. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
 2. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า

สบช.

ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เป็นบิดา, มารดา, หรือผู้ปกครองของ

(นาย,นางสาว).....

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา.....

เป็นผู้ดูแลรักษา (นาย,นางสาว).....

ถ้า (นาย,นางสาว).....เจ็บป่วยแม้

ต้องถึงทำการผ่าตัดและต้องให้ยาระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ

จัดการได้ทุกอย่างตามที่เห็นสมควร

(ลงชื่อ)บิดา,มารดา,หรือผู้ปกครอง
(.....)

(ลงชื่อ)ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

หมายเหตุ :

1. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าศึกษายังไม่บรรลุนิติภาวะ
2. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า



ใบขออนุญาตออกนอกวิทยาลัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
 หมายเลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ที่บ้านโทร.....ที่ทำงาน.....มือถือ.....
 เป็นบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
 นักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา.....
 หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชา.....
 อนุญาต ไม่อนุญาต ให้นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
 สามารถเข้าออกวิทยาลัยโดยปฏิบัติตามระเบียบของวิทยาลัย ได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ปกครองมารับส่ง
 และหากเกิดเหตุการณ์ใดๆ ขณะที่อยู่นอกวิทยาลัย ต้องอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ปกครอง

(ลงชื่อ).....ผู้ปกครอง
 (.....)



แบบแสดงความยินยอม อนุญาตให้นักศึกษากลับบ้านในวันหยุด

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เป็นผู้ปกครองของนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

อนุญาตให้นักศึกษากลับบ้านในวันหยุดได้โดย

- ให้มีผู้ปกครองชื่อ.....มารับที่วิทยาลัย
- ให้นักศึกษาลงชื่อขออนุญาตในสมุดประจำตัวนักศึกษา
- ให้ผู้ปกครองชื่อ.....เป็นผู้อนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้ปกครอง

(.....)

เบอร์โทร.....

ส่วนที่ 1

จุดรับคำร้อง.....
 หน่วยรับลงทะเบียนและออกบัตร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,น.ส.,ค.ช.,ค.ญ.,อื่นๆ).....

เลขประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อาชีวะ.....

1.2 ที่อยู่จริง และสามารถส่งบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับไปให้ได้

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

2. เหตุผลการลงทะเบียน

- ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- หหมดสิทธิจากสิทธิ.....
- มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการ
- อื่นๆ ระบุ.....

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ของลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

4. ข้าพเจ้ารับทราบหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน(ผู้รับมอบอำนาจ)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....จนท. ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

6. การรับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- มารับด้วยตนเอง
- ส่งทางไปรษณีย์ (แนบซองจดหมายพร้อมเจ้าหน้าที่และคิดแสดมปี)

แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

ส่วนที่ 2

หลักฐานที่ยื่นมากับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่เป็นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่
- สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่ พร้อมเซ็นรับรองสำเนา
- กรณีผู้ลงทะเบียนพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านที่พักอาศัยอยู่จริงและเอกสารที่แสดงว่าพักอาศัยอยู่จริง เช่น หนังสือรับรองของเจ้าบ้านหรือผู้นำชุมชนพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับรอง หรือใบเสร็จค่าสาธารณูปโภคที่ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน
- กรณีมอบอำนาจ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
- อื่นๆ ระบุ.....

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า(ชื่อ).....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้(ชื่อ).....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการลงทะเบียน

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ

ไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเอง

ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริง

สถานะผู้รับรอง

เจ้าบ้าน ผู้นำชุมชน นายจ้าง

อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.).....

ขอรับรองว่า (นาย,นาง,นางสาว,ค.ช.,ค.ญ).....

พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัส

ไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง

ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



(ส่วนนี้ให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง

วัน/เดือน/ปีที่ลงทะเบียน.....

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

กำหนดวันรับบัตร.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร (ตัวบรรจง).....

โทรศัพท์จุด/หน่วยรับลงทะเบียน.....

มีข้อสงสัยสอบถามโทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง