



ใบรับรองสุขภาพผู้เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขที่ประจำตัวบัตรประชาชนอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ.....
เป็นผู้ปกครอง นาย/ นางสาว นามสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองภาวะสุขภาพ ของ นาย/ นางสาว นามสกุล.....
ว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีภาวะผิดปกติใดๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ อาทิ ปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง
โรคติดต่อระยะติดต่ออันตราย โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไตวายเรื้อรัง ภาวะติดยาเสพติด
ความผิดปกติในการเห็นภาพ ตาบอดสี ความผิดปกติในการได้ยินหรืออื่นๆที่เกี่ยวข้อง

หากพบภายหลังว่า คำรับรองสุขภาพนี้ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
นามสกุล.....ยินดีให้มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เพิกถอนสิทธิ์การเป็นนักศึกษาของ
นาย/ นางสาว นามสกุล..... และยินดีชดใช้ในกรณีมีความ
เสียหายเกิดขึ้น ทั้งนี้ได้แนบสำเนาบัตรประชาชนและลงนามรับรองมาพร้อมนี้

รับรองไว้ในวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

.....
(.....)
ผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว..... นามสกุล..... เป็นผู้สมัคร
เข้ารับการคัดเลือกเข้าศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ รับทราบและรับรองว่าเป็นความ
จริง และจะส่งผลการตรวจจากแพทย์แก่มหาวิทยาลัยต่อไป

.....
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....