



หนังสือยินยอม
การทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้านักศึกษา

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว.....)เป็นนักศึกษา ชั้นปีที่.....
รหัสนักศึกษา.....สาขาวิชา.....คณะ.....
เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....พื้นที่.....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล
รัตนโกสินทร์ เลขที่ ๙๖ หมู่ ๓ ถ.พุทธมณฑลสาย ๕ ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม ๗๓๑๗๐
ยืนยันว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ทั้งนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยดำเนินการย้ายสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากโรงพยาบาลเดิมมาใช้สิทธิโรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม.

(.....)

เขียนชื่อนักศึกษาด้วยตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ผู้ดำเนินการ.....

งานพยาบาล
กองพัฒนานักศึกษา



หนังสือยินยอม
การทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้านักศึกษา

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว.....)เป็นนักศึกษา ชั้นปีที่.....
รหัส.....สาขาวิชา.....คณะ.....
พื้นที่.....ศาลายา.....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ เลขที่ ๙๖ หมู่ ๓ ถ. พุทธมณฑลสาย ๕
ต. ศาลายา อ. พุทธมณฑล จ. นครปฐม ๗๓๑๗๐ ยืนยันว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ทั้งนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยดำเนินการย้ายสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากโรงพยาบาลเดิมมาใช้สิทธิโรงพยาบาล..
..พุทธมณฑล....ต...ศาลายา....อ...พุทธมณฑล...จ.นครปฐม.....

(.....)

เขียนชื่อนักศึกษาด้วยตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ผู้ดำเนินการ.....

(นางกัญญา สุนทรวัฒน์)

งานพยาบาล

กองพัฒนานักศึกษา