

หนังสือยินยอมจากผู้ปกครองของนักศึกษาสัตวแพทย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2564

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวนามสกุล

อยู่บ้านเลขที่ซอย / ถนน..... ตำบล / แขวง

อำเภอ / เขต จังหวัด เบอร์โทรศัพท์

เป็นผู้ปกครองของ นาย / นางสาวนามสกุล

มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้ นาย / นางสาวนามสกุล

เข้าฝึกคลินิกปฏิบัติในรายวิชา.....ระหว่างวันที่.....

โดยเข้าฝึกคลินิกปฏิบัติ ณ จังหวัด

ลงลายมือชื่อ.....

(ผู้ปกครองนักศึกษา)

ส่วนของนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....นามสกุลรหัสนักศึกษา.....

เป็นผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโควิด 19 แล้วเป็นจำนวน 1 เข็ม 2 เข็ม

โดยขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้เป็นความจริง และหนังสือยินยอมฉบับนี้เป็นของผู้ปกครองของ

ข้าพเจ้า จริงทุกประการ

ลงลายมือชื่อ.....

(นักศึกษาสัตวแพทย์)

ส่วนของอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา

นักศึกษา มี ไม่มี หลักฐานยืนยันการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโควิด 19

จึงขอพิจารณา อนุมัติ ไม่อนุมัติ ให้นักศึกษาเข้ารับการฝึกคลินิกปฏิบัติ

ลงลายมือชื่อ.....

(อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา)