



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านการศึกษา

เรียน ท่านผู้เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้า (ระบุชื่อ-สกุลของนักศึกษา).....

รหัสประจำตัวประชาชน.....กำลังศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ตกลงยินยอมให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี และเจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัยผู้เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลด้านการศึกษาของข้าพเจ้าเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบประวัติการศึกษาและ/หรือเอกสารด้านการศึกษาของข้าพเจ้า ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลของข้าพเจ้าที่สถานศึกษาจะเปิดเผย ได้แก่ ชื่อ-นามสกุลขณะที่ ศึกษา หลักสูตรที่ ศึกษา ระยะเวลาศึกษา วุฒิที่สำเร็จการศึกษา วันที่สำเร็จการศึกษา และผลการศึกษา

รายละเอียดหน่วยงานที่ขอตรวจสอบคุณวุฒิ

ชื่อหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

สังกัด กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.)

ที่อยู่ 39 หมู่ที่ 1 ถ.รังสิต-นครนายก ตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12110

โทรศัพท์ 02 549 3109 อีเมล nursing@rmutt.ac.th

ลงนามนักศึกษา.....

วัน/เดือน/ปี...../...../.....

รหัสประจำตัวนักศึกษา.....

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล/ตรวจสอบคุณวุฒิ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

โทร.088 617 8359, 02 549 3109