



ประกาศ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
เรื่อง การขอรับผลการตรวจร่างกายของผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ของสถาบันพระบรมราชชนก
รอบการรับตรงจากพื้นที่ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓
ศูนย์สัมภาษณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ตามที่สถาบันพระบรมราชชนก ได้ประกาศ เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก รอบการรับแบบ Admissions ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๓ โดยกำหนดให้ผู้ผ่านการคัดเลือกส่งผลการตรวจร่างกาย ให้สถานศึกษาภายในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๓ และผู้ผ่านการคัดเลือกที่เคยมีผลการตรวจร่างกายในรอบการรับตรงจากพื้นที่ที่สามารถส่งผลการตรวจร่างกายเดิม (ที่มีอายุไม่เกิน ๖ เดือน) ได้นั้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จึงขอให้ผู้ผ่านการคัดเลือกรอบการรับแบบ Admissions ที่เคยสมัครในรอบการรับตรงจากพื้นที่ ณ ศูนย์สัมภาษณ์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ (จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ และมุกดาหาร) ที่มีความประสงค์จะขอรับผลการตรวจร่างกายคืน ยื่นคำร้องตามแบบฟอร์มแนบท้ายประกาศนี้ ส่งทางไปรษณีย์ ถึง งานทะเบียน วัดและประเมินผล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ๒๒๔ ถนนพลแพน ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐ ก่อนวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ และทางวิทยาลัยฯ จะดำเนินการจัดส่งผลการตรวจร่างกายให้ภายในวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๓ ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นางสาวปัทมา ผ่องศิริ)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ที่ _____ วันที่ _____

เรื่อง ขอนำผลการตรวจร่างกายรอบการรับตรงจากพื้นที่ ปีการศึกษา ๒๕๖๓

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ข้าพเจ้า.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

เป็นผู้ผ่านการคัดเลือกรอบการรับแบบ Admissions ของสถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา ๒๕๖๓
หลักสูตร.....วิทยาลัย.....

และเคยเป็นผู้สมัครในรอบการรับตรงจากพื้นที่ ปีการศึกษา ๒๕๖๓ หลักสูตร.....

ของจังหวัด.....เลขที่ใบสมัคร.....มีความประสงค์จะขอรับผลการตรวจ

ร่างกายคืนเพื่อไปยื่นให้กับวิทยาลัย.....

โดยจัดส่งให้ข้าพเจ้าทางไปรษณีย์ในนาม.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าจัดส่งโดยได้แนบเงินสดมาพร้อมนี้จำนวน ๕๐ บาท (ห้าสิบบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จะเป็นพระคุณอย่างสูง

(.....) (ลงลายมือชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก)

..... (ชื่อ-สกุลผู้ผ่านการคัดเลือก)

หมายเหตุ แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมค่าจัดส่งจำนวน ๕๐ บาท

ได้รับเอกสารวันที่

ส่งเอกสารคืนวันที่

ไปรษณีย์เลขที่

ผู้จัดส่ง