



แบบฟอร์มขอยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประจำปีการศึกษา 2563 รอบที่ 2 ประเภทโควตาภาคตะวันออก
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ตามที่ ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว).....
เลขประจำตัวสอบ.....ลำดับสำรองที่.....เลขประจำตัวประชาชน
..... เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ.....
E-mail.....เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รอบที่ 2
ประเภทโควตาภาคตะวันออก ประจำปีการศึกษา 2563 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ ดังนี้

- ขอยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รอบที่ 2 ประเภทโควตาภาคตะวันออก และยินยอมให้สถาบันส่งรายชื่อไปยังที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย(ทปอ.) เพื่อให้ระบบยกเลิกการสมัครในรอบที่ 3
- ขอสละสิทธิ์ เนื่องจาก.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้ พร้อมแนบสำเนาหลักฐานบัตรประจำตัวประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ
(.....)

****หมายเหตุ**** ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาลงนามและนำส่งหนังสือยืนยันฯ พร้อมด้วยสำเนาบัตรประชาชน มายัง
หน่วยจัดการศึกษา ฝ่ายบริหารวิชาการ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย Email :
admission@stin.ac.th ภายในวันที่ 28 เมษายน 2563 หากไม่ส่งตามวันที่กำหนด จะถือว่าสละสิทธิ์ในการ
เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2563 รอบที่ 2 ประเภทโควตาภาคตะวันออก