



## แบบฟอร์มขอยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

### ประจำปีการศึกษา 2564

ตามที่ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....  
เบอร์ติดต่อ.....E-mail.....เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาต่อ  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก  
ประจำปีการศึกษา 2564 ขอแจ้งความประสงค์ดังนี้

ขอยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2564

ขอสละสิทธิ์เข้าศึกษา เนื่องจาก.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ .....

(.....)

ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาลงนามและนำส่งหนังสือยืนยันฯ นี้ มายังหน่วยจัดการศึกษา ฝ่ายบริหาร  
วิชาการ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ที่อยู่ 1873 ถนนพระรามที่ 4 แขวงปทุมวัน เขต  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 หรือ รูปแบบ Pdf File ทาง Email : grad@stin.ac.th ภายในวันที่ 26 มีนาคม  
2564 หากไม่ส่งตามวันที่กำหนด จะถือว่าไม่ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
ประจำปีการศึกษา 2564