



แบบฟอร์มขอยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ประจำปีการศึกษา 2565

ตามที่ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
เบอร์ติดต่อ.....E-mail.....เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาต่อ
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
ประจำปีการศึกษา 2565 ขอแจ้งความประสงค์ดังนี้

ขอยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2565

ขอสละสิทธิ์เข้าศึกษา เนื่องจาก.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือฉบับนี้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ

(.....)

ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาลงนามและนำส่งหนังสือยืนยันฯ นี้มายังหน่วยจัดการศึกษา ฝ่ายบริหาร
วิชาการ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ที่อยู่ 1873 ถนนพระรามที่ 4 แขวงปทุมวัน
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 หรือรูปแบบ Pdf File ทาง Email : grad@stin.ac.th ภายในวันที่ 2 สิงหาคม
2565 หากไม่ส่งตามวันที่กำหนด จะถือว่าไม่ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ประจำปีการศึกษา 2565