



ประกาศโรงพยาบาลนครพิงค์
เรื่อง รับสมัครนักเรียนผู้ช่วยทันตแพทย์หลักสูตร ๑ ปี รุ่นที่ ๒
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ด้วยโรงพยาบาลนครพิงค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ประสงค์จะรับสมัครนักเรียนผู้ช่วยทันตแพทย์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ ซึ่งมีจำนวนนักเรียนผู้ช่วยทันตแพทย์ที่รับศึกษาในหลักสูตรจำนวน ๖๐ คน จึงมีประกาศ ดังนี้

๑. กำหนดการรับสมัคร

- ๑.๑ สมัครด้วยตนเองที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลนครพิงค์
- ๑.๑.๑ บุคลากรที่มีต้นสังกัด (ช่องทางออนไลน์) วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘
ถึงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘
- ๑.๑.๒ บุคลากรทั่วไปและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘
ถึงวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๘
- ๑.๒ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบทางเว็บไซต์ โรงพยาบาลนครพิงค์
- ๑.๒.๑ บุคลากรที่มีต้นสังกัด (ช่องทางออนไลน์) วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘
- ๑.๒.๒ บุคลากรทั่วไปและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๘
- ๑.๓ สอบข้อเขียนออนไลน์ (ช่วงเช้า)
- ๑.๓.๑ บุคลากรที่มีต้นสังกัด (ช่องทางออนไลน์) วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๘
- ๑.๓.๒ บุคลากรทั่วไปและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๘
- ๑.๔ สอบสัมภาษณ์ (ช่วงบ่าย)
- ๑.๔.๑ บุคลากรที่มีต้นสังกัด (ช่องทางออนไลน์) วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๘
- ๑.๔.๒ บุคลากรทั่วไปและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๘
- ๑.๕ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทางเว็บไซต์ วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๘
- ๑.๖ วันรายงานตัวและลงทะเบียนเรียน วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๘
- ๑.๗ เปิดเรียนภาคการศึกษา วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัคร

- ๒.๑ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือ เทียบเท่า
- ๒.๒ อายุครบ ๑๗ ปีบริบูรณ์
- ๒.๓ มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม ไม่มีความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการทำงานหรือประกอบอาชีพ
- ๒.๔ ไม่เคยต้องคำพิพากษาจนถึงที่สุดให้จำคุกในคดีอาญา เว้นแต่ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- ๒.๕ ไม่เคยต้องพ้นสภาพนักศึกษาจากสถาบันใด ๆ เพราะความผิดทางวินัยร้ายแรง
- ๒.๖ สามารถเข้ารับการศึกษเพิ่มเติมเวลาตลอดหลักสูตร หากเป็นลูกจ้างหรือบุคลากรของหน่วยงาน ราชการหรือเอกชน

๒.๗ สามารถปฏิบัติ...

- ๒.๗ สามารถปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับว่าด้วยวินัยนักศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
- ๒.๘ เป็นบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ กระทรวงมหาดไทยที่ปฏิบัติหน้าที่ทางทันตกรรมที่ได้รับการรับรองการทำงานจากต้นสังกัด
- ๒.๙ ผ่านกระบวนการคัดเลือกตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- ๒.๑๐ บุคลากรมีต้นสังกัดประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย ๑ ปี นับจากวันสมัคร

๓. การสมัคร

ผู้มีความประสงค์สมัครด้วยตนเองที่โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยดาวน์โหลดใบสมัครใน QR code แล้วกรอกรายละเอียดและเตรียมเอกสารแนบให้เรียบร้อย และยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ในวันเวลาราชการ ที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ชั้น ๕ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้ประสานงาน คุณธวัลยา ราชคม ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โทร. ๐ ๕๓๙๙ ๙๒๐๐ ต่อ ๓๓๑๔, ๖๔๐๓ พร้อมชำระค่าสมัครสอบ ๒๐๐ บาท ตั้งแต่วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๘

๔. หลักฐานประกอบการสมัคร

- ๔.๑ ใบสมัครตามแบบฟอร์มรับสมัครนักเรียนผู้ช่วยทันตแพทย์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ ซึ่งกรอกรายละเอียดครบถ้วนและลงนามเรียบร้อย
- ๔.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว (สีหรือขาวดำ) โดยถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ รูป (ติดที่ใบสมัคร ๑ รูป และติดบัตรประจำตัวผู้สมัครสอบ ๒ รูป)
- ๔.๓ สำเนาใบรับรองวุฒิหรือระเบียบแสดงผลการศึกษาที่แสดงว่าได้สำเร็จการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) จำนวน ๑ ฉบับ โดยจะต้องสำเร็จการศึกษาและได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจอนุมัติภายในวันปิดรับสมัคร คือวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๘
- ๔.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
- ๔.๕ สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบสำคัญการสมรส (เฉพาะผู้สมัครเพศหญิง) ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ในกรณีที่ชื่อ-นามสกุลในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
- ๔.๖ กรณีผู้สมัครเป็นบุคคลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องได้รับความยินยอมจากผู้บังคับบัญชา ให้ใช้ตามเอกสารแนบที่ ๒

๕. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบที่ ในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๘

๖. กำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการประเมินความรู้ความสามารถ

- ๖.๑ สอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์
 - ๖.๑.๑ บุคลากรที่มีต้นสังกัด (สอบออนไลน์) วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๘
 - ๖.๑.๒ บุคลากรทั่วไปและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๘
- ณ ห้องประชุม C๗๑ ชั้น ๗ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

๖.๒ วิชาที่สอบคือ ความรู้พื้นฐานทางทันตกรรม (ติดตามรายละเอียดก่อนวันสอบ ๓ วันได้ที่เว็บไซต์ โรงพยาบาลนครพิงค์ www.nkp-hospital.go.th)

๗. ข้อปฏิบัติในการเข้าสอบ

- ๗.๑ แต่งกายด้วยเครื่องแบบนักเรียนหรือเครื่องแบบนักศึกษาหรือแต่งกายให้สุภาพเรียบร้อย
- ๗.๒ ควรไปถึงสถานที่ประเมินก่อนเริ่มเวลาประเมินไม่น้อยกว่า ๓๐ นาที แต่จะเข้าห้องสอบได้ก็ต่อเมื่อได้รับอนุญาตจากกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการประเมินแล้ว
- ๗.๓ ไม่อนุญาตให้ผู้สอบเข้าห้องสอบหลังจากเวลาเริ่มสอบผ่านไปแล้ว ๑๕ นาที และ ไม่อนุญาตให้ออกจากห้องสอบภายใน ๑ ชั่วโมง นับจากเวลาที่เริ่มสอบ
- ๗.๔ เตรียมโทรศัพท์มือถือที่มีสัญญาณอินเตอร์เน็ตมาให้พร้อม
- ๗.๕ เตรียมบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดงต่อกรรมการคุมห้องสอบ
- ๗.๖ หากพบผู้เข้าสอบทุจริต ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ คณะกรรมการควบคุมการสอบจะตัดสิทธิ์ในการสอบคัดเลือกของผู้นั้นตลอดไป

๘. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาใน วันที่ วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๘ ได้ที่เว็บไซต์โรงพยาบาลนครพิงค์ www.nkp-hospital.go.th

๙. วันรายงานตัว ลงทะเบียนเรียน ชำระเงินค่าลงทะเบียน

ทั้งนี้ ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ รายงานตัวและลงทะเบียนเรียน ในวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๘ C๕๒ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ ณ ห้องประชุม C๕๒ ชั้น ๕ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้ประสานงาน คุณศิริพร อินแบ่ง อธิการกลุ่มงานทันตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๕ ๔๗๒๕๕๒๙

๙.๑ เอกสารยื่นในวันรายงานตัวและลงทะเบียนเรียน ดังนี้

๙.๑.๑ ใบประกาศนียบัตรหรือระเบียบแสดงผลการศึกษา (ต้นฉบับ) ที่แสดงว่าได้สำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่ามาแสดง พร้อมถ่ายสำเนา ๒ ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้องเอกสารด้วยตนเองทุกฉบับ)

๙.๑.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๙.๑.๓ ผลการตรวจร่างกาย (เอกสารแนบที่ ๑)

๙.๑.๔ กรณีผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ต้องมีหนังสือแสดงความยินยอมของผู้ปกครองตามกฎหมายหรือผู้แทนโดยชอบธรรมพร้อมสำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้าน (ลงนามรับรองความถูกต้องด้วยตนเองทุกฉบับ) และให้พาผู้ปกครองตามกฎหมายหรือผู้แทนโดยชอบธรรมมาด้วยในวันรายงานตัว (หนังสือแสดงความยินยอมของผู้ปกครอง ใช้เอกสารแนบที่ ๓)

๙.๒ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาในปี ๒๕๖๘ จะต้องชำระค่าเล่าเรียนในวันรายงานตัวตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

๙.๒.๑ ค่าธรรมเนียมการศึกษา ๒๐,๐๐๐ บาท

๙.๒.๒ ค่าชุดฝึกปฏิบัติงาน ๑,๐๐๐ บาท

๙.๒.๓ ค่าประกันของเสียหาย ๒,๐๐๐ บาท

(คืนให้เมื่อสำเร็จการศึกษา โดยต้องชำระค่าเสียหายหมดแล้ว)

๙.๒.๔ ค่าใบประกาศนียบัตร ๑,๐๐๐ บาท

๙.๒.๕ ค่าประกันอุบัติเหตุ ๑,๐๐๐ บาท

รวมตลอดหลักสูตร ๒๕,๐๐๐บาท

หมายเหตุ ๑. ผู้มีสิทธิเข้ารับการการศึกษาที่ประสงค์รับทุนสนับสนุนการศึกษาเป็นเงินจำนวน ๑๕,๐๐๐ บาท ต้องทำสัญญาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่กำหนด โดยมีเงื่อนไขต้องปฏิบัติตามข้อตกลงในสัญญาเพื่อขอใช้ทุน

๒. ผู้มีสิทธิเข้ารับการการศึกษาที่ประสงค์รับทุนสนับสนุนการศึกษาเต็มชำระส่วนต่าง จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท

๓. ผู้มีสิทธิเข้ารับการการศึกษาที่ไม่ประสงค์รับทุนสนับสนุนการศึกษาชำระเต็มจำนวน ๒๕,๐๐๐ บาท

๙. การติดต่อสอบถาม

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน
ชั้น ๔ (คุณศิริพร อินแปง ผู้ประสานงาน) โทรศัพท์ ๐๕๓๙๙๙๒๐๐ ต่อ ๑๑๖๖

ประกาศ ณ วันที่ ๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายธีรวัฒน์ วงศ์ตัน)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์

ใบสมัครสอบเข้าเรียนหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์
(หลักสูตร ๑ ปี) รุ่นที่ ๒
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

รูปถ่าย
๑ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ-สกุล อายุ ปี เพศ

สถานภาพ เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.

สัญชาติ ศาสนา หมายเลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

เบอร์ติดต่อ สิทธิการรักษาพยาบาล

๒. วุฒิการศึกษา

ปี พ.ศ.		สถานศึกษา	ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร/วิชาเอก
จาก	ถึง		

ปัจจุบันกำลังทำงานหรือกำลังศึกษา

- กำลังทำงาน สังกัดหน่วยงาน.....
- กำลังศึกษาที่.....

๓. ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์ทำงาน (ประสบการณ์ทำงานด้านทันตกรรม)

ประเภทการจ้าง	ระยะเวลาปฏิบัติงาน		สถานที่ปฏิบัติงาน (ชื่อและที่อยู่ของหน่วยงาน)	ตำแหน่งงาน
	จาก	ถึง		
พอส.				
รายวัน				
จ้างเหมาบริการ				
อื่น ๆ				

สิทธิ์ในการสมัคร มีต้นสังกัด ไม่มีต้นสังกัด

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกายผู้ผ่านการคัดเลือก
การรับบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์หลักสูตร 1 ปี และหลักสูตร 2 ปีต่อยอด

ชื่อ - สกุล นาย นางสาว.....

วัน - เดือน - ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี ไม่มี อธิบายรายละเอียด

 หอบหืด (Asthma).....

 ความดันโลหิตสูง (Hypertension).....

 ไอเป็นเลือด (Hemoptysis).....

 วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis).....

 ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice).....

 โรคลมชัก (Epilepsy).....

 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus).....

 หูน้ำหนวก (Otorrhea).....

 ไส้เลื่อน (Hernia).....

 กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident).....

 ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation).....

 อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูลข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพ จากการเป็นนักศึกษา

.....

(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ชื่อ นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....โทร.....

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต.....มิลิเมตรปรอท ซีพจร.....ครั้ง / นาที

ผลการตรวจโรค

1. การตรวจโรค

- | | | | | |
|----------------|--------------------------|------|--------------------------|---------|
| 1.1 หู คอ จมูก | <input type="checkbox"/> | ปกติ | <input type="checkbox"/> | ผิดปกติ |
| 1.2 ตา | <input type="checkbox"/> | ปกติ | <input type="checkbox"/> | ผิดปกติ |
| 1.3 หัวใจ | <input type="checkbox"/> | ปกติ | <input type="checkbox"/> | ผิดปกติ |
| 1.4 ปอด | <input type="checkbox"/> | ปกติ | <input type="checkbox"/> | ผิดปกติ |
| 1.5 ช่องท้อง | <input type="checkbox"/> | ปกติ | <input type="checkbox"/> | ผิดปกติ |
| 1.6 อื่นๆ | <input type="checkbox"/> | ปกติ | <input type="checkbox"/> | ผิดปกติ |

2. ผลเอกซเรย์ปอด ปกติ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

3. ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ (Urine Sugar) ปกติ ผิดปกติ

4. ผลการตรวจตาบอดสี ปกติ ผิดปกติ

5. ผลการตรวจวัดสายตา ปกติ ผิดปกติ

6. ผลการตรวจสายตาและอ่านภาพ 3 มิติ ปกติ ผิดปกติ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

หนังสือยินยอมให้สมัครและศึกษาต่อจากต้นสังกัด
(ในกรณีผู้ที่เข้าศึกษาต่อมีงานทำต้องใช้คำรับรองของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น)

1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ระดับ..... สังกัด.....

สถานที่ทำงาน..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....

ขอยินยอมให้(ผู้สมัคร) ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง..... ระดับ.....

สังกัด.....สมัครสอบข้อเขียนและสัมภาษณ์เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรประกาศนียบัตร

ผู้ช่วยทันตแพทย์ หลักสูตร 1 ปี

และยินยอมให้เข้าศึกษาเมื่อผ่านการสอบคัดเลือก

2. คำรับรอง หรือ ความเห็นอื่น ๆ (ถ้ามี)

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หนังสือให้คำยินยอมของผู้ปกครอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์.....ของ.....

ยินยอมให้ (นาย/นางสาว).....เข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตร

ผู้ช่วยทันตแพทย์ หลักสูตร ๑ ปี

ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หาก (นาย/นางสาว).....ได้รับอุบัติเหตุหรือ

อันตรายใดๆ เนื่องจากการฝึกปฏิบัติงาน ในสถานที่ฝึกงาน ไม่ว่าจะเกิดขึ้นเพราะเหตุสุดวิสัยหรือเพราะความ

ประมาทเล็กน้อย ข้าพเจ้าจะไม่ดำเนินคดีแก่ วิทยากรหรืออาจารย์ผู้สอน สถานที่ฝึกงานและเจ้าหน้าที่

ผู้เกี่ยวข้องในทางแพ่งและอาญา รวมทั้งกฎหมายอื่นอันอาจจะฟ้องร้องได้โดยอาศัยบทบัญญัติของกฎหมาย

นั้นๆ ด้วย และในกรณีที่ (นาย/นางสาว).....ได้ทำให้เกิดความ

เสียหายขึ้นแก่บุคคล หรือทรัพย์สิน ในระหว่างการฝึกงาน ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยค่าเสียหายดังกล่าวทุกกรณี

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)