คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ใบบันทึกการฝึกปฏิบัติงาน/ชดเชย/เพิ่มเติม

ชื่อนักศึกษา นาย/นาง/นางสาว.....หลักสูตร..... .....ปีที่.....

วิชา.....สถานที่ฝึกปฏิบัติ/หอผู้ป่วย..... .....

ฝึกปฏิบัติงาน/ชดเชย/เพิ่มเติม จำนวน.....วัน รวม.....ชั่วโมง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัน/เดือน/ปี	เวลา	จำนวนชั่วโมง	ลงชื่อนักศึกษา
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ..... .....

....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ผู้รับผิดชอบ

รับทราบ

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าวิชา.....

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าภาควิชา.....

รับทราบ

ลงชื่อ.....

(.....)

รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา

ปฏิบัติงานแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์