ติดรูป

ประวัติเข้าหอพัก

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อนาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....SAP.....

วัน / เดือน / ปี เกิด..... อายุ.....ปี ศาสนา.....

ตำแหน่ง ☐ พยาบาล ☐ ผู้ช่วยพยาบาล

สังกัดงานการพยาบาล.....ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

2. ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....มือถือ.....

E-mail.....

3. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

4. สถานที่ทำงานปัจจุบัน

หอผู้ป่วย/หน่วยงาน.....งานการพยาบาล.....

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์หอผู้ป่วย/หน่วยงาน.....

5. บุคคลที่สามารถติดต่อได้(กรณีฉุกเฉิน)ชื่อ.....นามสกุล.....

เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

6. เข้าอยู่หอพักฝ่ายการพยาบาลฯ

☐ หอพัก 8 ไร่ A ☐ หอพัก 8 ไร่ B ☐ หอพักพยาบาล 1 ☐ หอพักพยาบาล 3 (ชั้น 8-9)

☐ หอพักดาวดึงส์ A ☐ หอพักดาวดึงส์ B ☐ หอพักบางขุนนนท์ ☐ หอพักยูนิลอฟท์ ศาลายา

☐ หอพักบางระมาด 2 ☐ หอพักบางระมาด 1 ☐ หอพักบ้านเนิน ☐ หอพัก S&P แมนชั่น

☐ หอพักประภาพรรณเพลส ☐ อื่นๆ.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

หนังสือแสดงเจตนาเข้าพักอาศัยในหอพัก

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....ผู้ดูแลหอพัก/ผู้ประสานงานหอพัก ได้แจ้ง “ระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับหอพักฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2566” ให้นาย/นางสาว.....นามสกุล.....รับทราบแล้วทุกประการ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25..... ซึ่งเป็นวันที่ นาย/นางสาว..... เข้าพักอาศัยในหอพักของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลหอพัก/ผู้ประสานงานหอพัก

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ข้าพเจ้านาย/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง..... SAP.....ปฏิบัติงานที่.....สังกัดงานการพยาบาล..... ได้รับทราบระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับหอพักฝ่ายการพยาบาลฯ ตลอดจนข้อผูกพันต่างๆ แล้วทุกประการ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.25..... ซึ่งเป็นวันที่ข้าพเจ้าได้เข้าพักอาศัยในหอพักของฝ่ายการพยาบาลฯ

ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกฎระเบียบและเงื่อนไขทุกประการของหอพัก หากข้าพเจ้าฝ่าฝืนกฎระเบียบหรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามมติคณะกรรมการสวัสดิการหอพักฝ่ายการพยาบาลฯ ทุกประการ และยินยอมชดใช้ค่าเสียหายอันเกิดจากการกระทำความผิดของข้าพเจ้าจนครบถ้วน

ลงชื่อ.....ผู้พักอาศัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ **การฝ่าฝืนกฎระเบียบที่เป็นความผิดร้ายแรง มีผลให้หมดสิทธิ์พักอาศัยในหอพักต่อไป และจะต้องออกจากหอพักภายใน 7 วัน ตามระเบียบ**