

ประวัติเข้าหอพัก

ติดรูป

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 ☐ หอพักพยาบาลบางขุนนนท์ ☐ อื่นๆ.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....



ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
หนังสือแสดงเจตนาเข้าพักรักษาในหอพัก

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

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลหอพัก/ผู้ประสานงานหอพัก
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

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

ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกฎระเบียบและเงื่อนไขทุกประการของหอพัก หากข้าพเจ้าฝ่าฝืน
กฎระเบียบหรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามมติคณะกรรมการสวัสดิการหอพักฝ่ายการพยาบาลฯ ทุก
ประการ และยินยอมชดเชยค่าเสียหายอันเกิดจากการกระทำความผิดของข้าพเจ้าจนครบถ้วน

ลงชื่อ.....ผู้พักรักษา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ การฝ่าฝืนกฎระเบียบที่เป็นความผิดร้ายแรง มีผลให้หมดสิทธิ์พักรักษาในหอพักต่อไปและจะต้องออกจากหอพัก
ภายใน 7 วัน ตามระเบียบ