

## ใบจองคิว

### ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ชื่อ ด.ช./ด.ญ. ....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... อายุในวันที่จอง.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์.....

สถานที่ทำงาน.....

ชื่อมารดา.....นามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์.....

สถานที่ทำงาน.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ได้รับทราบการ

ดำเนินงานและระเบียบการของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ โดยยินดีที่จะให้ความ

ร่วมมือและปฏิบัติตาม

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ปกครอง