คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

ใบเซ็นต์ชื่อปฏิบัติงาน รายวิชา .....

ชื่อ - นามสกุล ..... รหัสนักศึกษา.....

หน่วย / แผนก ..... โรงพยาบาล/แหล่งฝึก .....

ระหว่างวันที่ ..... จำนวน.....วัน

ลำดับ	ว/ด/ป	ชื่อ - นามสกุล	เวลาขึ้นฝึก	ลายเซ็น	เวลาลงฝึก	ลายเซ็น	อาจารย์นิเทศ/ อาจารย์พิเศษสอน ภาคปฏิบัติ	หมายเหตุ

*หมายเหตุ ลงชื่อเป็นรายบุคคล/1รายวิชา