

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล

เรียน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้า.....ตกลงยินยอมให้ทาง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของมหาวิทยาลัยฯ สามารถดำเนินการเปิดเผยข้อมูลด้านการศึกษาของ ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานที่ได้ดำเนินการร้องขอตามรายละเอียดที่ได้ระบุด้านล่างนี้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบ ประวัติการศึกษา เอกสารสำคัญทางการศึกษา/คุณวุฒิทางการศึกษา

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลที่มหาวิทยาลัยดำเนินการเปิดเผย ได้แก่

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ชื่อ-สกุล | <input type="checkbox"/> วัน-เดือน-ปี เกิด |
| <input type="checkbox"/> วันเข้าศึกษา | <input type="checkbox"/> วันสำเร็จการศึกษา |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาที่ได้รับ | <input type="checkbox"/> สาขาวิชาเอก |
| <input type="checkbox"/> ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสม | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

รายละเอียดของหน่วยงานที่ขอตรวจสอบคุณวุฒิ

๑. ชื่อหน่วยงาน.....

๒. ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....E-mail.....

ลายมือชื่อ

()

ผู้ยินยอม

หมายเหตุ หน่วยงานที่ประสงค์ให้ทางมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ดำเนินการตรวจสอบคุณวุฒิ ต้องให้เจ้าของข้อมูลลงลายมือชื่อยินยอมในเอกสารฉบับนี้พร้อมส่งเอกสารสำเนาคุณวุฒิการศึกษาทุกครั้ง

งานทะเบียนและรับนักศึกษา

โทร. ๐๖ ๔๒๒๖ ๒๕๖๖

E-mail : registrar.g@pn.psu.ac.th