**หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล**

เรียน เจ้าที่หน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้า........................................................................ตกลงยินยอมให้ทาง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของมหาวิทยาลัยฯ สามารถดำเนินการเปิดเผยข้อมูลด้านการศึกษาของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานที่ได้ดำเนินการร้องขอตามรายละเอียดที่ได้ระบุด้านล่างนี้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบประวัติการศึกษา เอกสารสำคัญทางการศึกษา/คุณวุฒิทางการศึกษา

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลที่มหาวิทยาลัยดำเนินการเปิดเผย ได้แก่

🖵 ชื่อ-สกุล 🖵 วัน-เดือน-ปี เกิด

🖵 วันเข้าศึกษา 🖵 วันสำเร็จการศึกษา

🖵 ปริญญาที่ได้รับ 🖵 สาขาวิชาเอก

🖵 ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสม 🖵 อื่นๆ

รายละเอียดของหน่วยงานที่ขอตรวจสอบคุณวุฒิ

1. ชื่อหน่วยงาน..............................................................................................................................................
2. ที่อยู่............................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

โทรศัพท์......................................................E-mail………………………………………………………………………………….............

ลายมือชื่อ

( )

ผู้ยินยอม

หมายเหตุ หน่วยงานที่ประสงค์ให้ทางมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ดำเนินการตรวจสอบคุณวุฒิ ต้องให้เจ้าของข้อมูลลงลายมือชื่อยินยอมในเอกสารฉบับนี้พร้อมส่งเอกสารสำเนาวุฒิการศึกษาทุกครั้ง

งานทะเบียนและรับนักศึกษา

โทร. 06 4226 2566

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