

เลขที่นั่งสอบ
(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)



เลขที่ใบสมัคร

ติดรูปถ่ายสี
ขนาด 1 นิ้ว
(ถ่ายไว้ไม่เกิน
6 เดือน)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ใบสมัครเข้าอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา 2560 (ภาคพิเศษ)

ชื่อ - นามสกุล

เพศ ชาย หญิง วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี เดือน

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วสุดขณะรอฟังผลการสอบ

บ้านเลขที่ หมู่ หมู่บ้าน ตรอก/ซอย

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน) หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

จบการศึกษาจากสถานศึกษา (โรงเรียน) จังหวัด.....

ปี พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา แผนการเรียน คะแนนเฉลี่ยสะสม

ชื่อ-นามสกุล (บิดา) อาชีพ

สถานที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

ชื่อ-นามสกุล (มารดา) อาชีพ

สถานที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

ชื่อ-นามสกุล (ผู้ปกครอง) กรณีที่ไม่ใช่ผู้ปกครอง อาชีพ

สถานที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

- สำเนาหลักฐานการศึกษา
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- รูปถ่ายสี 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ใส่ซองพลาสติกใสพร้อมเขียนชื่อ-สกุลหลังรูป) ไม่รวมติดใบสมัคร
- สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) กรณีที่ชื่อ - นามสกุลในเอกสารการสมัครไม่ตรงกัน
- อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงและข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบตามที่ประกาศรับสมัครทุกประการ หากตรวจสอบในภายหลังพบว่าขาดคุณสมบัติ ข้าพเจ้ายินดีให้ตัดสิทธิ์ในการเข้าอบรมโดยไม่มีข้อโต้แย้งใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

** upload ใบสมัครจากอินเทอร์เน็ต **