



ใบสมัครเข้าอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา 2561

เรียนผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ด้วยข้าพเจ้าประสงค์จะสมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ณ วิทยาลัยพยาบาล
ศรีมหาสารคาม ประจำปีการศึกษา 2561 จึงขอแจ้งรายละเอียดของข้าพเจ้า เพื่อประกอบการสมัครดังนี้

ประเภทโควตาที่สมัคร บุคคลทั่วไป บุคลากรจากหน่วยงาน

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....อายุ.....ปี ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้สมัคร

บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน

1. ชื่อ-สกุล.....โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

2. ชื่อ-สกุล.....โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านที่ใช้ในการสมัคร

ชื่อ-สกุล.....

บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....

การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย กำลังศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีพุทธศักราช 25..... สำเร็จมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีพุทธศักราช 25.....

โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม

❖ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร

เท่ากับ.....

เอกสารประกอบการสมัคร

 สำเนาพร้อมฉบับจริงของหลักฐานวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือเทียบเท่า จำนวน 1 แผ่น และเซ็นรับรองเอกสาร สำเนาพร้อมฉบับจริงของใบแสดงผลการเรียนเฉลี่ยรวม (GPAX) 5 ภาคการศึกษา จำนวน 1 แผ่น และเซ็นรับรองเอกสาร สำเนาทะเบียนบ้านฉบับจริง จำนวน 1 แผ่น และเซ็นรับรองเอกสาร สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 แผ่น และเซ็นรับรองเอกสาร รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก หรือแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) หนังสือรับรองประสบการณ์ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรอง ข้อความดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้ามีคุณสมบัติด้านการศึกษาและคุณสมบัติเฉพาะตรงตามประกาศการ
รับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา 2561 ทุกประการ

ทั้งนี้ หากมีการตรวจสอบเอกสารหรือคุณสมบัติของข้าพเจ้าในภายหลัง ปรากฏว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศ การรับสมัครและคัดเลือกบุคคล
เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา 2561 ให้ถือว่าข้าพเจ้า เป็นผู้ขาดคุณสมบัติในครั้งนี้ และข้าพเจ้าจะไม่ขอใช้สิทธิ์
เรียกร้องใดๆทั้งสิ้น

เฉพาะเจ้าหน้าที่	
เอกสารประกอบการสมัคร	คุณสมบัติของผู้สมัคร
<input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน	<input type="checkbox"/> ตามประกาศ <input type="checkbox"/> ไม่ตรงตามประกาศ
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ	ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
...../...../...../...../.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....
(.....)

...../...../.....