

ใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ประเภท โครงการบุคคลทั่วไปและโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์
ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย (๙ หมอ) ปีการศึกษา ๒๕๖๘ (รอบที่ ๔)

ลำดับที่..... โครงการบุคคลทั่วไป
ลำดับที่..... โครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อ
ระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย (๙ หมอ)
โปรดระบุ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๑. ข้อมูลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ชื่อ นามสกุล
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ วัน/เดือน/ปีเกิด
อายุ ปี สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง เชื้อชาติ..... สัญชาติ ศาสนา
อาชีพปัจจุบัน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนนตำบล /แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์ E-mail

๒. ประวัติการศึกษาของผู้สมัคร

๒.๑ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
จากโรงเรียน อำเภอ
จังหวัด เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
ได้คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร

๒.๒ วุฒิมัธยมศึกษาสูงสุด

สถาบันการศึกษา พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา

๓. คุณสมบัติอื่น ๆ ของผู้สมัคร

๓.๑ ภาวะสุขภาพ

- ☐ ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่
มีประวัติเป็นโรคจิต โรคประสาทและปราศจากโรค หรืออาการของโรค หรือความพิการอันเป็น
อุปสรรคต่อการศึกษา
- ☐ ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองภาวะสุขภาพของตนเองได้

๓.๒ ความประพฤติ

- ☐ ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึง
ที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
และไม่ เป็นผู้ที่ถูกลงโทษเนื่องจากกระทำความผิดหรือร่วมกระทำการทุจริตในการสอบวัด
ความรู้เพื่อ สมัครเข้าศึกษาในสถาบันใด ๆ
- ☐ ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองความประพฤติของตนเองได้

/๔. ประวัติ...

๔. ประวัติส่วนตัว

๔.๑ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกระหว่างการสมัครเข้ารับการคัดเลือก เลขที่ หมู่ที่
ตรอก/ซอย แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรศัพท์มือถือ E-mail

๔.๒ ประวัติการศึกษา/การทำงาน (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ ปัจจุบันกำลังศึกษาหลักสูตร ชั้นปีที่.....
สถานศึกษา
- ☐ ปัจจุบันทำงาน ตำแหน่ง (ระบุ).....
สถานที่ทำงาน
ที่อยู่
.....

๕. เอกสารการสมัคร (ลงนามรับรองสำเนาเอกสารถูกต้องทุกใบ)

- ☐ สำเนาบัตรประชาชน
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาวุฒิการศึกษา
☐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)
☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากมีข้อความข้างต้นหรือหลักฐานที่แสดงเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หรือ พ้นสภาพการเป็นผู้เข้าศึกษา แม้จะเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวแล้วก็ตาม

ลงชื่อ ผู้แสดงความจำนงเข้าศึกษา
(.....)

หมายเหตุ การศึกษาหลักสูตรดังกล่าวนี้ไม่มีผลผูกพันในการรับเข้าทำงานหรือบรรจุรับราชการ