



รุ่น ลำดับ



วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ใบสมัครเข้าอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

1. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล อายุ

2. เลขประจำตัวประชาชน - - - -

3. วัน เดือน ปีเกิด เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

4. เพศ ชาย หญิง สถานะ โสด สมรส

5. ที่อยู่ (ตามบัตรประชาชน)

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

6. ที่อยู่ปัจจุบัน (ถ้าที่อยู่ตรงกับข้อ 5. ไม่ต้องกรอกส่วนนี้)

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

8. คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถานศึกษา อำเภอ จังหวัด

วุฒิการศึกษาที่ได้รับ ม.6/กศน. ปวช. ปวส. ปริญญาตรี อื่น ๆ

9. ประวัติการทำงาน

ชื่อสถานที่ทำงาน ระยะเวลา เริ่มวัน/เดือน/ปี เงินเดือน

ตำแหน่ง แผนก เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน

10. บุคคลที่สามารถอ้างอิงได้

ชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์ เบอร์โทรศัพท์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าได้ระบุไว้ในใบสมัครทั้งหมดนี้ เป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ หากข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือข้อมูลที่กรอกในใบสมัครและเอกสารต่างๆ เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิการเข้าอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ID Line

Facebook

E-mail

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.