



เลขที่ใบสมัคร

รูปถ่ายขนาด
๑ นิ้ว

**ใบสมัครเข้าโครงการอบรมหลักสูตร
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
(Certificate Program for Practical Nurse)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**

โปรดกรอกข้อความด้วยพิมพ์ดีดหรือเขียนด้วยตัวอักษรบรรจง (Typewritten or block letters)

ประวัติผู้สมัคร		
ชื่อ (นาย/นางสาว/นาง)	นามสกุล	
วันเดือนปีเกิด (Date of birth) วันที่ / เดือน / ปี	สัญชาติ (Nationality)	ศาสนา (Religion)
เกิดที่จังหวัด (City of birth)	เพศ (Gender)	<input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
เกิดที่ประเทศ (Country of birth)	สถานภาพการสมรส (Marital status)	<input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> แต่งงาน
เลขประจำตัวประชาชน	น้ำหนัก กิโลกรัม	ส่วนสูง เซนติเมตร

สถานที่ติดต่อ MAILING ADDRESSES

ชื่อสถานที่ทำงานผู้สมัคร : เลขที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ประเทศ					
โทรศัพท์ที่ทำงาน :			โทรสาร :		
ประเทศ	รหัส	เลขหมาย	ประเทศ	รหัส	เลขหมาย
ที่อยู่ถาวรและหรือที่สามารถติดต่อผู้สมัคร : เลขที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ประเทศ					
โทรศัพท์ที่บ้าน :			โทรศัพท์มือถือ :		ID Line :
ประเทศ	รหัส	เลขหมาย	ประเทศ	รหัส	เลขหมาย
บุคคลที่สามารถติดต่อในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และที่อยู่					

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในระเบียบการ และขอรับรองว่าข้อมูลที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือฝ่าฝืนระเบียบการสอบคัดเลือกดังกล่าว หรือข้อความที่ระบุนั้นไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์เกี่ยวกับการเข้าศึกษาหรือสิทธิ์ที่ได้จากการศึกษาและ อนุญาต ไม่อนุญาต ให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

หลักฐานประกอบการสมัคร

- ใบสมัครของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- สำเนากระเบียนแสดงผลการเรียนหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานช่วงชั้นที่ ๔ มัธยมศึกษาปีที่ ๔-๖ (ปพ.๑:๔) หรือเทียบเท่า ๖ ภาคเรียน
- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกไม่สวมแว่นตาเป็นภาพสีและถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๔ รูป (ติดใบสมัครคัดเลือก ๑ รูป และอีก ๒ รูป แนบมาเพื่อติดในบัตรประจำตัวผู้สมัคร)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาการเปลี่ยนชื่อหรือสกุล หลักฐานการสมรส ที่รับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
- ใบรับรองทางการแพทย์
- ค่าสมัครสอบคัดเลือก ๑๕๐ บาท

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

วันที่..... เดือน พ.ศ.