**เลขที่ใบสมัคร..........................**

 **รูป 1 นิ้ว**

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี**

**ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา 2563**

ชื่อผู้สมัคร นาย/ นาง/นางสาว...............................................................นามสกุล....................................................................

เกิดวันที่............เดือน.......................พ.ศ. ............... อายุ..........ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน...........................................

น้ำหนัก .......กิโลกรัม ส่วนสูง.........เซนติเมตร เบอร์โทรศัพท์มือถือ............................E-mail .............................................

ประวัติการศึกษา ปีที่จบการศึกษาชั้น ม.6/เทียบเท่า ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการรับรอง พ.ศ. ................................เกรดเฉลี่ยสะสม....................... สายการเรียน..................................จากโรงเรียน....................................................................จังหวัด..........................................................การศึกษาสูงสุด...................................................................................................

ประวัติการศึกษา/อบรม ด้านการดูแลผู้ป่วย (กรณีที่มีโปรดระบุ)............................................................................................

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.................หมู่...............ซอย......................ถนน........................ตำบล..........................

อำเภอ.............................จังหวัด..............................รหัสไปรษณีย์................................โทรศัพท์..........................................

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่................หมู่.............ซอย...............................ถนน.............................ตำบล...............................อำเภอ.............................จังหวัด..............................รหัสไปรษณีย์................................โทรศัพท์.............................................

ประเภททุน 🞏 ทุนจากหน่วยงาน (ภาครัฐ).......................................................... แผนก.............................................

🞏 ทุนจากหน่วยงาน (ภาคเอกชน)................................................... แผนก.............................................

 🞏 ทุนส่วนตัว

กรณีที่ทำงานแล้วกรุณาระบุสถานที่ทำงาน รพ. ...........................................................แผนก................................................

**คุณสมบัติผู้สมัคร**

 1. มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าประโยคมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนด

 2. อายุไม่ต่ำกว่า 16 ปีบริบูรณ์นับถึงวันเปิดภาคการศึกษา 3. สุขภาพสมบูรณ์ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือการปฏิบัติงาน

 4. น้ำหนักไม่น้อยกว่า 40 กิโลกรัม ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร 5. ไม่เคยต้องโทษคดีอาญา

 6. ไม่เคยต้องพ้นสภาพจากการเป็นผู้เข้าร่วมการศึกษาจากสถาบันการศึกษาใดๆ และกระทำผิดทางวินัย

**หลักฐานการสมัคร**

* สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 🞏 สำเนาใบระเบียนผลการศึกษา
* สำเนาทะเบียนบ้าน 🞏 หลักฐานอื่นๆ ถ้ามี เช่น สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล
* หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากหน่วยงาน (กรณีผู้สมัครมีประสบการณ์การทำงาน)
* รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน

**หมายเหตุ** สำเนาเอกสารต้องลงนามรับรองทุกฉบับ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ 038-797090

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้หากมีการตรวจสอบเอกสารและพบว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติหรือให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติและข้าพเจ้าจะไม่ขอใช้สิทธิ์เรียกร้องใด ๆ (ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียนทาง www.bnc.ac.th ในวันที่ 5 มิ.ย. 2563)

ลงชื่อผู้สมัคร.................................................. ผู้รับสมัคร.................................................

(.........................................................) (....................................................)

 วันที่ ........../........................../.............. วันที่ ........../........................../..............

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานทางไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยจ่าหน้าซองถึง (รับสมัครเฉพาะทางไปรษณีย์เท่านั้น)

**✂..............................................................................................................................................................................**

**งานทะเบียนและประมวลผลการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี (สมัครผู้ช่วยพยาบาล)**

**69/1 หมู่ 2 ถนนสุขุมวิท ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000**