

ใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖

สำหรับติดรูปถ่าย
ขนาด ๓x๔ ซม.
หรือ ๑.๕ นิ้ว

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

ถนน ตำบล /แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์ E-mail

๒. โควตาในการสมัคร

- อสม./อสส.
 บุตร อสม./อสส.

๓. สถานที่ปฏิบัติงานของ อสม./อสส. (กรณีใช้โควตา บุตร อสม./อสส. ในการสมัคร ให้ระบุสถานที่ปฏิบัติงาน อสม./อสส. ของผู้ปกครอง)

ชื่อหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดอยู่

ที่อยู่ เลขที่ หมู่ ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทร

ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ อสม./อสส. ปี

๔. ประวัติการศึกษาของผู้สมัคร

- ๔.๑ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
จากโรงเรียน อำเภอ
- จังหวัด เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
- ได้คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร
- ๔.๒ วุฒิการศึกษาสูงสุด
- สถาบันการศึกษา พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา

/๕. คุณสมบัติ....

๕. คุณสมบัติอื่น ๆ ของผู้สมัคร

๕.๑ ภาวะสุขภาพ

- ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีประวัติเป็นโรคจิต โรคประสาทและปราศจากโรค หรืออาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองภาวะสุขภาพของตนเองได้

๕.๒ ความประพฤติ

- ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ และไม่เป็นผู้ที่ถูกลงโทษเนื่องจากกระทำความผิดหรือร่วมกระทำการทุจริตในการสอบวัดความรู้เพื่อสมัครเข้าศึกษาในสถาบันใด ๆ
- ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองความประพฤติของตนเองได้

๖. ประวัติส่วนตัว

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

๖.๒ ประวัติการศึกษา/การทำงาน (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

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

/๗. เอกสาร...

๗. เอกสารการสมัคร (ลงนามรับรองสำเนาเอกสารถูกต้องทุกใบ)

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรประจำตัว อสม./อสส.
- สำเนาวุฒิการศึกษา
- หนังสือรับรองคุณสมบัติการปฏิบัติหน้าที่ อสม./อสส. โดย ผอ.รพ.สต./ผอ.ศูนย์บริการสาธารณสุข
- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

๘. สถานที่ศึกษาที่ประสงค์เข้าศึกษา

วิทยาลัยพยาบาล

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากมีข้อความข้างต้นหรือหลักฐานที่แสดงเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพ้นสภาพการเป็นผู้เข้าศึกษา แม้จะเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวแล้วก็ตาม

ลงชื่อ ผู้แสดงความจำนงเข้าศึกษา

(.....)

ลงชื่อ อสม./อสส. กรณีใช้โควตาบุตร อสม./อสส.

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับรอง

(.....)

ผอ.รพ.สต./ผอ.ศูนย์บริการสาธารณสุข

หมายเหตุ การศึกษาหลักสูตรดังกล่าวนี้ไม่มีผลผูกพันในการรับเข้าทำงานหรือบรรจุรับราชการ