****

 **เลขที่สอบ……………..**

(สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร)

 **ใบสมัครสอบ**

 **หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล**

 **คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี รูป 1 นิ้ว**

1. ชื่อผู้สมัคร (นาย/น.ส.) ……………....……นามสกุล………………...……เกิดวันที่..........เดือน........................พ.ศ.............

จังหวัดที่เกิด........................................... อายุ....................ปี เชื้อชาติ..................... สัญชาติ.................... ศาสนา..................

ตำหนิรอยแผลเป็นที่สังเกตง่าย...............................................ส่วนสูง.....................เซนติเมตร น้ำหนัก....................กิโลกรัม

เลขประจำตัวประชาชน ......................................................... วันออกบัตร...........................บัตรหมดอายุ..............................

ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน เลขที่……...............หมู่ที่…......…ถนน……..…...…...........…...…ซอย……….............….....…

ตำบล…………..…........….…อำเภอ………..….........…..…..จังหวัด……..….....……….…รหัสไปรษณีย์...........................โทรศัพท์บ้าน……….………………โทรศัพท์มือถือ………………………E- mail……………………………………...…

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่….…...........…หมู่ที่….....……ถนน…......................…….........……ซอย………......…................……...

ตำบล…………..…........….…อำเภอ………..….........…..…..จังหวัด……..….....……….…รหัสไปรษณีย์...........................โทรศัพท์บ้าน……….………………โทรศัพท์มือถือ………………………E- mail……………………………………...…

1. ชื่อบิดา……....………………นามสกุล………...……....…….. (มีชีวิต / ถึงแก่กรรม) อายุ………..ปี อาชีพ…….....………

ที่อยู่บิดา เลขที่…...............หมู่ที่………ถนน…….…….........….…ซอย……….......…...……...ตำบล….....….…....………อำเภอ………..............……จังหวัด………............…….รหัสไปรษณีย์............................โทรศัพท์……...…….........…….....

1. ชื่อมารดา……....……………นามสกุล………...……....…….. (มีชีวิต / ถึงแก่กรรม) อายุ………..ปี อาชีพ…….....……… ที่อยู่มารดา เลขที่…..............หมู่ที่………ถนน…….……........….…ซอย……….....…...……...ตำบล….....….…....………อำเภอ………..............……จังหวัด………............…….รหัสไปรษณีย์............................โทรศัพท์……...…….........…….....
2. ชื่อผู้ปกครองที่สามารถติดต่อได้……………....…….…..นามสกุล…………........…… อายุ………..ปี อาชีพ……..….....ที่อยู่ เลขที่….…....…หมู่ที่…….…ถนน….......…........…..…….ซอย….…...……........…….ตำบล…….….....….......…..…

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

1. วุฒิการศึกษาของผู้สมัคร

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับการศึกษา** | **พ.ศ. ที่เริ่มเรียน - พ.ศ.****ที่สำเร็จ** | **ชื่อโรงเรียน / สถานที่ศึกษา** | **จังหวัด** | **เกรดเฉลี่ยสะสม** |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.4 – ม.6) |  |  |  |  |
| เทียบเท่า มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) |  |  |  |  |
| อื่น ๆ ระบุ................... |  |  |  |  |

1. ประสบการณ์ทำงาน (ถ้ามี)………………………...........……ระยะเวลา…..…เดือน ............ปี รายได้………….บาท/เดือน ความสามารถพิเศษ ………………………………………..................................................................................…………...
2. ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตจาก………………………………………เป็น (บิดา/ มารดา/ ผู้ปกครอง) ของข้าพเจ้า ให้สมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
3. ข้อความที่กล่าวมาข้างต้นนี้ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าปิดบัง หรือให้ข้อความส่วนหนึ่งส่วนใดเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายอมรับในการให้พ้นจากสภาพนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
4. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ รวมทั้งได้ **ลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ** มาพร้อมกับใบสมัคร ดังนี้
* ใบสมัครสอบหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี กรอกข้อความครบถ้วน และติดรูปถ่ายเรียบร้อยแล้ว
* สำเนาทะเบียนบ้าน 1 แผ่น พร้อมเซ็นรับรองเอกสารของ ผู้สมัคร
* สำเนาบัตรประชาชน 1 แผ่น เซ็นรับรองเอกสารของ ผู้สมัคร
* สำเนาใบรับรองการสำเร็จการศึกษาหรือประกาศนียบัตรหรือปริญญาบัตรหรือใบสุทธิแสดงคุณวุฒิ 1 แผ่น และเซ็นรับรองเอกสาร
* สำเนาหลักฐานประกอบ กรณี ชื่อ – สกุล ไม่ตรงกันของบิดา / มารดา หรือของผู้สมัคร (ถ้ามี)
* หลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร 200 บาท
1. ที่อยู่ที่จะติดต่อได้สะดวกระหว่างสมัครและรอฟังผล

ทางไปรษณีย์ ส่งถึงชื่อ-สกุล...................................................บ้านเลขที่...................หมู่ที่............ตรอก/ซอย.......................... ถนน.........................................ตำบล/แขวง........................................อำเภอ/เขต....................................จังหวัด......................รหัสไปรษณีย์........................โทรศัพท์บ้าน...............................โทรศัพท์มือถือ............................E-mail...............................

ลงชื่อ…………………………………….. ผู้สมัคร

(นาย / นางสาว ……………………………….….)

วันที่……….เดือน…………………พ.ศ. …………

ตรวจข้อความและหลักฐานเรียบร้อยแล้ว

 …………………………………..

 เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร



บัตรประจำตัวผู้สมัคร

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

เลขที่ประจำตัวผู้สมัคร....................................

ลายมือผู้สมัคร................................................

 ผู้สมัครนาย/นางสาว.............................นามสกุล...........................

 เลขประจำตัวประชาชน.................................................................

 โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก................................................................

 ที่พัก .........................................มือถือ............................................

ลงชื่อ.................................................เจ้าหน้าที่รับสมัคร

(ส่วนที่ 1 สำหรับกรรมการรับสมัคร)



บัตรประจำตัวผู้สมัคร

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

เลขที่ประจำตัวผู้สมัคร....................................

ลายมือผู้สมัคร............................................

 ผู้สมัครนาย/นางสาว.............................นามสกุล...........................

 เลขประจำตัวประชาชน.................................................................

 โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก................................................................ ที่พัก .........................................มือถือ............................................

ลงชื่อ.................................................เจ้าหน้าที่รับสมัคร

(ส่วนที่ 1 สำหรับกรรมการรับสมัคร)

รูป 1 นิ้ว

รูป 1 นิ้ว