



ใบสมัครเข้าศึกษา

แบบฟอร์มรหัส entnm001-2561LDR

เลขที่ใบสมัคร

หลักสูตรต่างๆ ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีการศึกษา 2561 การรับตรงจากพื้นที่

ประเภทโควตา บุคคลทั่วไป และทุนสถาบันพระบรมราชชนก

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ด้วยข้าพเจ้าประสงค์จะสมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรต่างๆ ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีการศึกษา 2561 การรับตรงจากพื้นที่ จึงขอแจ้งรายละเอียดของข้าพเจ้า เพื่อประกอบการสมัครดังนี้

หลักสูตรที่สมัคร (เลือกได้เพียงหลักสูตรเดียวตามหลักสูตรที่ได้รับการจัดสรรให้สมัคร)

- ☐ พยาบาลศาสตรบัณฑิต/ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) หลักสูตรใหม่ พ.ศ.2557 (ผู้สมัครต้องมีส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร)
- ☐ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน
- ☐ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข
- ☐ การแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- ☐ วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน
- ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม
- ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (ผู้สมัครต้องมีส่วนสูงไม่น้อยกว่า 155 เซนติเมตร)
- ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน
- ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์

ประเภทโควตา (เลือกได้เพียงประเภทโควตาเดียวตามประเภทโควตาที่ได้รับการจัดสรรให้สมัคร)

- ☐ บุคคลทั่วไป ☐ ทุนสถาบันพระบรมราชชนก ☐ กรมการแพทย์

สถานศึกษา

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. 25 อายุ ปี ส่วนสูง เซนติเมตร

อายุระหว่าง 16-35 ปีบริบูรณ์ (เกิดระหว่างวันที่ 6 สิงหาคม 2526 - 5 สิงหาคม 2545)

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้สมัคร

บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้**ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านที่ใช้ในการสมัคร** ชื่อ-สกุล ☐ ผู้สมัคร ☐ บิดาของผู้สมัคร ☐ มารดาของผู้สมัคร

บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. 25

ผู้สมัครต้องมีชื่ออยู่ก่อน 6 สิงหาคม 2560 หรือบิดา หรือมารดา ต้องมีชื่ออยู่ก่อน 6 สิงหาคม 2556

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน

1. ชื่อ - สกุล โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. ชื่อ - สกุล โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (มัธยมศึกษาปีที่ 6)

โรงเรียน อำเภอ จังหวัด

หน่วยกิตกลุ่มสาระรายวิชา (รวมวิชาเพิ่มเติม) ตลอดหลักสูตร (6 ภาคการศึกษา)

❖ หน่วยกิตกลุ่มสาระรายวิชาคณิตศาสตร์ เท่ากับ หน่วยกิต (ต้องไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต)

❖ หน่วยกิตกลุ่มสาระรายวิชาวิทยาศาสตร์ เท่ากับ หน่วยกิต (ต้องไม่น้อยกว่า 22 หน่วยกิต)

❖ หน่วยกิตกลุ่มวิชาอังกฤษ เท่ากับ หน่วยกิต (ต้องไม่น้อยกว่า 9 หน่วยกิต)

ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม ใช้ผลการเรียน 5 ภาคการศึกษา

❖ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) เท่ากับ (ต้องไม่น้อยกว่า 2.50)

❖ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) กลุ่มสาระรายวิชาคณิตศาสตร์ เท่ากับ (ต้องไม่น้อยกว่า 2.50)

❖ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) กลุ่มสาระรายวิชาวิทยาศาสตร์ เท่ากับ (ต้องไม่น้อยกว่า 2.50)

❖ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) กลุ่มวิชาภาษาอังกฤษ เท่ากับ (ต้องไม่น้อยกว่า 2.50)

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรอง ข้อความดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้ามีคุณสมบัติด้านการศึกษาและคุณสมบัติเฉพาะตรงตามประกาศ
การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา 2561 การรับตรงจากพื้นที่
ทุกประการ

ทั้งนี้ หากมีการตรวจสอบเอกสารหรือคุณสมบัติของข้าพเจ้าในภายหลัง ปรากฏว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศการรับสมัครและคัดเลือก
บุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา 2561 การรับตรงจากพื้นที่ ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็น
ผู้ขาดคุณสมบัติในครั้งนี้ และข้าพเจ้าจะไม่ขอใช้สิทธิ์เรียกร้องใดๆ ทั้งสิ้น

เฉพาะเจ้าหน้าที่	
เอกสารประกอบการสมัคร ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ / /	คุณสมบัติของผู้สมัคร ☐ ตรงตามประกาศฯ ☐ ไม่ตรงตามประกาศฯ ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ / /

ลงชื่อผู้สมัคร

..... / /