

**ขนาดรูป**

**1 นิ้ว**

**ใบสมัครคัดเลือกบุคลลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)**

**ประจำปีพุทธศักราช 2564**

**ข้อมูลผู้สมัคร**

คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อ (ภาษาไทย) : ....................................................... นามสกุล : ....................................................

Prefix name : …………… First name (ภาษอังกฤษ) : ………………………………………… Last name : ………………………………………..

วัน/เดือน/ปีเกิด : ………….….…......... อายุ .............. ปี .............. เดือน น้ำหนัก : ………………. (ก.ก.) ส่วนสูง: ……….………….. (ซ.ม.)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน : ……………………………………………… สัญชาติ : ……………………….. เชื้อชาติ : …………………………………..

ศาสนา : …………………….. กรุ๊ปเลือด : …………………………………..

**ข้อมูลที่ติดต่อได้สะดวก**

เลขที่ : ………………………. หมู่ที่ : ............................... ซอย : ……………………………………….. ถนน : ………………………………………………

จังหวัด : ……………………… เขต/อำเภอ : ………………………….. แขวง/ตำบล : ………………………………. รหัสไปรษณีย์ : ……………………

โทรศัพท์บ้าน : …………………………………. โทรศัพท์มือถือ : …………………………………… E-mail : ………………………………………………….

**ข้อมูลสถานศึกษา**

ชื่อโรงเรียน : ………………………………………………………………..………………………………………………………. รหัส : ………………………………..

ตำบล : …………………………………….…….. อำเภอ : ………………………………………………... จังหวัด : …………………………………………………

สถานภาพทางการศึกษา : ……………………………………………………….……… คะแนนเฉลี่ย : ………………… ภาคการศึกษา : ...................

เลขที่ประจำตัวนักเรียน : …………………………………………………….. สาขาที่จบ : ………………………………………………………………………….

**ข้อมูลบิดามารดา**

คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อบิดา : …………………………………………………… นามสกุล : ……………………………………………………….

อาชีพ : ................................................... สถานะภาพ : ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม โทรศัพท์มือถือ: …………….…………………..

คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อมารดา : ……………..………………………………… นามสกุล : ……………………………………………………….

อาชีพ : ................................................... สถานะภาพ : ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม โทรศัพท์มือถือ: …………….…………………..

**ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน**

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน : บิดา มารดา อื่นๆ

คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อ : ……………..……………..……………………… นามสกุล : …………………………………………………………….

โทรศัพท์บ้าน : …………………………………. โทรศัพท์มือถือ : …………………………………… เกี่ยวข้องเป็น : ……………………………….……….

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบการและวิธีการรับสมัครจนเป็นที่เข้าใจทั้งหมดแล้ว และขอรับรองว่า ข้อความและหลักฐานการสมัครเป็นความจริงทุกประการ “หากปรากฏว่าเป็นเท็จ” ข้าพเจ้ายินดีให้คณะกรรมการตัดสิทธิ์การสมัครเข้าเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ลงชื่อ ......................................................ผู้สมัคร

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

วันที่สมัคร .............................................

**หมายเหตุ** 1. กรุณาพิมพ์/เขียนใบสมัครให้ชัดเจน

2. ชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ 300 บาท โดยโอนเงินเข้า **ธนาคารกรุงไทยสาขาสี่แยกสะพานกรุงธน ชื่อบัญชี “หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)” เลขที่บัญชี 037-0-26328-6**

3. ส่งใบสมัครแลหลักฐานการสมัคร คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ 131/5   
ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 (วงเล็บมุมซอง ใบสมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล) ภายในวันที่   
30 กรกฎาคม 2564 (โดยยึดถือวันประทับตราของไปรษณีย์)

หากมีข้อสงสัย สอบถามได้ที่ โทร. 0-2241-6500–9 ต่อ 3502 ในวันและเวลาราชการและสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.kcn.ac.th>

**หลักฐานการสมัคร**

1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร จำนวน 1 ฉบับ

2. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ–ชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ

3. สำเนาแสดงวุฒิการศึกษา และระเบียนแสดงผลการเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (หรือเทียบเท่า) จำนวน 1 ฉบับ หรือ หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ในกรณีที่กำลังศึกษาอยู่)

4. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว 2 รูป เขียนชื่อ-ชื่อสกุล ด้านหลังรูปให้เรียบร้อย

5. สำเนาหลักฐานการจ่ายเงินค่าสมัคร ที่จ่ายผ่านเคาน์เตอร์บริการธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) จำนวน 1 ฉบับ

**การส่งใบสมัครและเอกสารหลักฐานการสมัคร**

ฝ่ายบริการทางการศึกษา (งานทะเบียน) คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ 131/5 ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 (วงเล็บมุมซอง ใบสมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล) พร้อมสแกนไฟล์ส่งทางเมล kfn.rfasd@nmu.ac.th