

**ขนาดรูป**

**1 นิ้ว**

**ใบสมัครคัดเลือกบุคลลเข้าศึกษาหลักสูตรพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย**

**คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ประจำปีพุทธศักราช 2564**

**ข้อมูลผู้สมัคร**

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

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

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

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

**ข้อมูลที่ติดต่อได้สะดวก**

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

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

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

**ข้อมูลบิดามารดา**

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

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

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

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

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน : บิดา มารดา อื่นๆ

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

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

**ประวัติการศึกษา**

วุฒิ : …………………………………………………………. ปี พ.ศ. ที่จบ : ………………. ชื่อสถานศึกษา : ………………..………………………………….

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

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

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

**หมายเหตุ** 1. กรุณาพิมพ์/เขียนใบสมัครให้ชัดเจน

 2. ส่งใบสมัครและหลักฐานการสมัครเข้าอบรมทางไปรษณีย์ (ตามประกาศ)

 3. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม คุณปิยนุช เนียมอินทร์ โทร 02-2416520 ต่อ 3502
 โทรสาร 02-2416527 ในเวลาราชการ

**หลักฐานประกอบการรับสมัคร**

 1. ใบสมัครตามแบบของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

 2. สำเนาประกาศนียบัตร หรือ ใบแสดงตามคุณวุฒิของผู้สมัคร

3. สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (Transcripts) ตลอดหลักสูตรการศึกษาตามข้อ 2

4. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล หลักฐานการสมรสในกรณีที่มีการเปลี่ยนสถานภาพ

5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

6. ใบรับรองแพทย์ (จากโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น)

7. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป ต้องเป็นรูปถ่ายครั้งเดียวกันและถ่ายภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนนับถึงวันรับสมัคร

หมายเหตุ ให้เซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ

 ส่งใบสมัครไปยังคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ พร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครโดยเขียนหน้าซองดังนี้

ฝ่ายส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ

หลักสูตร การฝึกอบรมพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

131/5 ถนนขาว เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300