

ใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่น ๒
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖
ประเภทโควตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุตร อสม.
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

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. สถานที่ปฏิบัติงานของอสม.

ชื่อหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดอยู่.....
ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

๓ ประวัติการศึกษาของผู้สมัคร

๓.๑ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
จากโรงเรียน.....อำเภอ.....
จังหวัด.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ได้คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร.....

๓.๒ วุฒิการศึกษาสูงสุด.....
สถาบันการศึกษา.....พ.ศ. ที่สำเร็จ การศึกษา.....

๔. คุณสมบัติอื่น ๆ ของผู้สมัคร

๔.๑ ภาวะสุขภาพ

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มี
ประวัติเป็นโรคจิต โรคประสาทและบราดจากโรค หรืออาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองภาวะสุขภาพของตนเองได้

๔.๒ ความประพฤติ

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ และไม่เป็นผู้ที่ถูกลงโทษเนื่องจากกระทำความผิดหรือร่วมกระทำการทุจริตในการสอบวัดความรู้เพื่อสมัครเข้าศึกษาในสถาบันใดๆ

ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองความประพฤติของตนเองได้

๕. ประวัติส่วนตัว

๕.๑ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกระหว่างการสมัครเข้ารับการคัดเลือก เลขที่.....หมู่ที่

ตรอก/ซอย.....แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

๕.๒ ประวัติการศึกษา/การทำงาน (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

ปัจจุบันกำลังศึกษาหลักสูตร.....ชั้นปีที่.....

สถานศึกษา.....

ปัจจุบันทำงาน ตำแหน่ง (ระบุ).....

สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่.....

.....

๖. เอกสารการสมัคร (ลงนามรับรองสำเนาเอกสารถูกต้องทุกใบ)

สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาบัตรประจำตัว อสม.

สำเนาวุฒิการศึกษา

หนังสือรับรองคุณสมบัติการปฏิบัติหน้าที่ อสม. โดย ผอ. รพ.สต./ผอ.ศูนย์บริการสาธารณสุข

หลักฐานการเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)

เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

กรณีใช้โควตาบุตร อสม. ให้แนบเอกสารของ อสม. (เพิ่ม)

สำเนาบัตรประชาชน อสม.

สำเนาทะเบียนบ้าน อสม.

/ขอรับรอง...

ขอรับรองว่าขอความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากมีข้อความข้างต้นหรือหลักฐานที่แสดง
เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หรือฟื้นฟูสภาพกร
เป็นผู้เข้าศึกษา แม้จะเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวแล้วก็ตาม

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความจำนงเข้าศึกษา
(.....)

ลงชื่อ..... อสม.
(.....)

กรณีใช้โควตาบุตร อสม.

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ผอ. รพ.สต./ผอ.ศูนย์บริการสาธารณสุข

หมายเหตุ การศึกษาหลักสูตรดังกล่าวนี้ไม่มีผลผูกพันในการรับเข้าทำงานหรือบรรจุรับข้าราชการ