

## ใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่น ๒

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖

โคเวตาศึกษาของสถานพยาบาลภาครัฐ

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. ที่สำเร็จการศึกษา.....

## ๔. คุณสมบัติอื่นๆ 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 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกระหว่างการสมัครเข้ารับการศึกษา 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

สำเนาวุฒิการศึกษา

หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน

หลักฐานการเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)

เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า...

ขอรับรองว่าขอความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากมีข้อความข้างต้นหรือหลักฐานที่แสดง  
เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หรือฟื้นฟูสภาพกร  
เป็นผู้เข้าศึกษา แม้จะเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวแล้วก็ตาม

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

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
(.....)

\

ผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน

หมายเหตุ การศึกษาหลักสูตรดังกล่าวนี้ไม่มีผลผูกพันในการรับเข้าทำงานหรือบรรจุรับข้าราชการ