



รูปถ่าย
3X4 ซม.

โรงเรียนฝึกพนักงานโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท
ในความควบคุมของกระทรวงศึกษาธิการ
ใบสมัครเรียน

หลักสูตร.....

ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)ศาสนา ส่วนสูงซ.ม.

น้ำหนัก.....ก.ก. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สถานภาพ () โสด () สมรส () ม่าย () หย่า

บัตรประชาชนเลขที่.....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....mail.....

ความสามารถพิเศษ.....ภาษาอื่นที่พูดได้.....

ประวัติการศึกษาล่าสุด

จบการศึกษาระดับ	ชื่อสถานศึกษา	วุฒิการศึกษา	ปีที่สำเร็จ	สาขาวิชา
	เกรดเฉลี่ย			

ท่านมีโรคประจำตัวคือ.....ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยป่วยหนักคือ.....

ท่านต้องทานยาชนิดใดเป็นประจำหรือไม่ โปรดระบุชื่อยา.....

ชื่อ - สกุลบิดา.....อายุ.....ปี อาชีพ..... () มีชีวิต () ถึงแก่กรรม

ที่อยู่ปัจจุบัน.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

งาน.....โทร.....

ชื่อ - สกุลมารดา.....อายุ.....ปี อาชีพ..... () มีชีวิต () ถึงแก่กรรม

ที่อยู่ปัจจุบัน.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

ที่ทำงาน.....โทร.....

ผู้ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่กรณีฉุกเฉิน.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อความบิดเบือนหรือปกปิดข้อมูลโดยทางโรงเรียนพบว่าข้อมูลดังกล่าวเท็จ จะยินยอมให้ดำเนินการตามมาตรการจนถึงยุติการเรียนโดยไม่มีข้อแม้ใดๆทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....