

สถาบันพยาบาลศาสตร์

เลขที่ 1111/21 หมู่บ้านกลางเมือง ถ.ลาดพร้าว

แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 0 2938 2115 - 6 โทรสาร 0 2938 9598



สำหรับเจ้าหน้าที่ :

ลำดับที่แจ้ง..... ว/ด/ป

เอกสารแจ้งความประสงค์ :

ครบ

ขาด (ระบุ).....

ลงชื่อ

ใบแจ้งความประสงค์ขอสอบเพื่อรับใบประกาศนียบัตร (กรณีเรียนทางออนไลน์)
หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชา โทราศาสตร์ไทย (หลักสูตรพิเศษ ไม่เสียค่าเรียน)

ประวัติส่วนตัว :

ชื่อ - นามสกุล : นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี

วัน / เดือน / ปี เกิด :/...../.....

เวลาเกิด น. (คือนวันที่/...../..... เข้ามีดของวันที่...../...../.....) *

* กรณีหากเกิดช่วงเวลา ตั้งแต่เวลา 00.00 น.(เที่ยงคืน) - 05.59 น.(ตีห้าห้าสิบเก้านาที) ให้ระบุว่าเป็นคืนวันที่เท่าไร และ
เป็นเข้ามีดของวันที่เท่าไร

สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา

ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่บ้าน / อาคาร เลขที่..... หมู่..... ซอย.....

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ E - mail

ประวัติการศึกษา :

การศึกษาสูงสุดระดับ สถานศึกษา

การศึกษาเกี่ยวกับศาสตร์พยาบาล :

ศาสตรวิชา สถานศึกษา

อาจารย์ผู้สอน

เอกสารประกอบการแจ้งความประสงค์ขอรับใบประกาศนียบัตรสมัคร :

1. รูปถ่ายสี 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

2. สำเนาทะเบียนบ้าน

4. สำเนาวุฒิบัตร / ประกาศนียบัตร (ถ้ามี)

วัตถุประสงค์ในการรับใบประกาศนียบัตร:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

เพื่อเป็นประโยชน์แก่ตัวท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทั้งหมด ด้วยความเป็นจริง

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งความประสงค์

()

วันที่...../...../.....

ยื่นเอกสารแจ้งความประสงค์ขอสอบเพื่อรับใบประกาศนียบัตร พร้อมเอกสารประกอบ

1. ยื่นด้วยตนเอง ณ ที่ทำการสถาบันพยาบาลศาสตร์
2. ส่งเอกสารการสมัครทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ถึง สถาบันพยาบาลศาสตร์ 1111/21 ม.กลางเมือง
ถ.ลาดพร้าว แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 (วงเล็บมุมซองว่า " รับใบประกาศนียบัตร ")

กรณีมีปัญหาสงสัย หรือ ต้องการ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่ เบอร์โทรศัพท์ 0 2938 2115 - 6
ติดตามข่าวสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการเรียนการสอน ได้ที่ www.thefuntong.com