

สถาบันพยากรณ์ศาสตร์

เลขที่ 1111/21 หมู่บ้านกลางเมือง ถ.ลาดพร้าว

แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 0 2938 2115 - 6 โทรสาร 0 2938 9598



สำหรับเจ้าหน้าที่ : by Hand by mail

ลำดับที่สมัคร.....ว/ด/ป

เอกสารประกอบการสมัคร :

ครบ ขาด (ระบุ).....

ลงชื่อ

ใบสมัครเรียน

โครงการอบรม โหราศาสตร์ไทย รุ่นอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทย

หลักสูตรโหราศาสตร์ไทยภาคพื้นฐาน / โหราศาสตร์ไทยภาคพยากรณ์ (หลักสูตรพิเศษ ไม่เสียค่าเรียน รุ่น 2)

ประวัติส่วนตัว :

ชื่อ - นามสกุล : นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี

เกิดวันที่ เดือน ปี พ.ศ. เวลาเกิด (ตามเวลาสากล) น.

เกิดวัน (โปรดระบุ อาทิตย์ , จันทร์ , อังคาร , พุธ , พฤหัสบดี , ศุกร์ , เสาร์)

เฉพาะผู้ที่เกิดหลังเที่ยงคืน(24.00น.) เข้าวันรุ่งขึ้นเป็นวันอะไร ตามจันทรคติ (ระบุเป็นวัน อาทิตย์,จันทร์,อังคาร,พุธ,พฤหัสบดี,ศุกร์,เสาร์).....

สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา

ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่บ้าน / อาคารเลขที่.....หมู่.....ซอย.....

ตำบล / แขวงอำเภอ / เขตจังหวัดรหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ E - mail

ประวัติการศึกษา :

การศึกษาสูงสุดระดับ สถานศึกษา

การศึกษาเกี่ยวกับศาสตร์พยากรณ์ :

ศาสตร์วิชา สถานศึกษา

อาจารย์ผู้สอน

ศาสตร์วิชา สถานศึกษา

อาจารย์ผู้สอน

ท่านทราบข่าวการเปิดรับสมัครการเรียนการสอนของสถาบันพยากรณ์ศาสตร์จากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ | <input type="checkbox"/> อาจารย์ของสถาบันฯ |
| <input type="checkbox"/> สื่อสิ่งพิมพ์ของสถาบันฯ | <input type="checkbox"/> ศิษย์เก่า หรือ ศิษย์ปัจจุบัน ของสถาบันฯ |
| <input type="checkbox"/> หนังสือพิมพ์/วารสาร (ระบุ) | <input type="checkbox"/> TV (โปรดระบุ รายการ)..... |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ(ระบุ) | <input type="checkbox"/> TV (โปรดระบุ รายการ)..... |

เอกสารประกอบการสมัคร :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> รูปถ่ายสี ขนาดโปสการ์ด 4x6 นิ้ว จำนวน 1 รูป | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | <input type="checkbox"/> สำเนาโฉมบัตร / ประกาศนียบัตร (ถ้ามี) |

วัตถุประสงค์ในการเข้าศึกษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> เพื่อประกอบอาชีพเป็นนักพยาบาล | <input type="checkbox"/> เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิต |
| <input type="checkbox"/> เพื่อพัฒนาทบทวนความรู้ที่มีอยู่แล้ว | <input type="checkbox"/> เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปช่วยเหลือบุคคลอื่น |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) | |

ข้อมูลสนับสนุนประกอบการคัดเลือก :

(บรรยาย ถึง สาเหตุ , ความสนใจ หรือ แรงบันดาลใจ ในการเข้าศึกษา กับสถาบันฯ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณาแก่ตัวท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ด้วยความเป็นจริง
สถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาคัดเลือก ให้อยู่ในดุลยพินิจของสถาบันฯ ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิในวิชาชีพเป็นผู้ตัดสิน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(
วันที่...../...../.....

- ยื่นเอกสารใบสมัคร พร้อมเอกสารประกอบ
1. ยื่นด้วยตนเอง ณ ที่ทำการสถาบันพยาบาลศาสตร์
 2. ส่งเอกสารการสมัครทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ถึง สถาบันพยาบาลศาสตร์ 1111/21 หมู่บ้านกลางเมือง
ถ.ลาดพร้าว แขวงจันทรเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 (วงเล็บมุมซองว่า "สมัครเรียน")

กรณีมีปัญหาสงสัย หรือ ต้องการ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่
เบอร์โทรศัพท์ 0 2938 2115 - 6 ต่อ 12 หรือ Call center 0 2515 9222 กด 3 เลือกโครงการเรียนโหราศาสตร์ รุ่นอนุรักษภูมิปัญญาไทย
หรือ E-mail : funtong_edu@thefuntong.com
ติดตามข่าวสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการเรียนการสอน ได้ที่ www.thefuntong.com , www.facebook.com/sudyodfuntong9