

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๖
(บุคคลทั่วไป) รุ่นที่ ๗

รูป ๑.๕ นิ้ว

๑. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้สมัครนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพปัจจุบัน.....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน.....
ที่อยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่.....ปี

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (กรณีติดต่อผู้สมัครเรียนไม่ได้)

ชื่อนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

๒. ประวัติการศึกษาของผู้สมัคร

๑ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการรับรอง
จากโรงเรียน.....อำเภอ.....
จังหวัด.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เกรดเฉลี่ยสะสม.....
๒ การศึกษาสูงสุด.....
จากสถาบัน.....พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....
ประวัติการศึกษา/อบรม ด้านการดูแลผู้ป่วย (กรณีที่มีโปรดระบุ).....

๓. คุณสมบัติผู้สมัคร

๑. มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปี บริบูรณ์ และ อายุไม่เกิน ๔๐ ปี นับถึงวันเปิดการศึกษา
๒. มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า ตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
๓. ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า ๑๕๐ เซนติเมตร
๔. สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่ติดสารเสพติดให้โทษหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือการปฏิบัติงาน
๕. เป็นผู้ไม่เคยต้องโทษตามคำพิพากษาของศาล ให้ต้องจำคุก
๖. กรณีใช้โควตาบุตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องเป็นบุตรโดยสายเลือดหรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย

๔. หลักฐานการสมัคร

- ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔. สำเนาใบทะเบียนแสดงผลการเรียน (รป.๑ หรือ ปพ.๑) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๕. เอกสารและหลักฐานอื่น ๆ (โปรดระบุ)

หมายเหตุ สำเนาเอกสารต้องลงนามรับรองทุกฉบับ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ ๐๕๕-๒๕๒-๕๕๖-๘ ต่อ ๓๑๐๖
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้หากมีการตรวจสอบเอกสารและพบว่าข้าพเจ้า มีคุณสมบัติหรือให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติและข้าพเจ้าจะไม่ขอใช้สิทธิ์ เรียกร้องใด ๆ (ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาโดยการสอบข้อเขียน และสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th และ Facebook : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เว็บไซต์รับสมัครหลักสูตรผู้ช่วย <https://sites.google.com/bcnb.ac.th/pn๗> วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๖)

ลงชื่อผู้สมัคร.....

ผู้รับสมัคร.....

(.....)

(.....)

วันที่/...../.....

วันที่/...../.....

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการสมัคร

ถึง งานทะเบียน วัดและประเมินผล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
๙๐/๖ ถนนศรีธรรมไตรปิฎก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐