



ใบสมัครเข้ารับการศึกษา
เปรมสิริคลินิกเทคนิคการแพทย์

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ นาย/นางสาว..... นามสกุล

ชื่อเล่น โทรศัพท์ (บ้าน) มือถือ

E-Mail Line ID

วัน เดือน ปีเกิด / / อายุ ปี เดือน (นับถึงวันปิดรับสมัคร)

ศาสนา สถานที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้) เลขที่ ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โรคประจำตัว.....

ในกรณีฉุกเฉิน บุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวก

ชื่อ.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์/มือถือ.....

ชื่อ.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์/มือถือ.....

รูปถ่ายสีชุดนักเรียน
ขนาด 1 นิ้ว
ถ่ายมาแล้วไม่เกิน
6 เดือน

2. ประวัติการศึกษา/การร่วมกิจกรรม/ความรู้ความสามารถพิเศษ

วุฒิการศึกษาของผู้สมัคร	ชื่อสถานศึกษา	โปรแกรม/วิชา	เกรดเฉลี่ย	ปีที่จบ
มัธยมศึกษาตอนปลาย				

**กรุณากรอกด้วยลายมือบรรจงและครบถ้วน

ปัจจุบันศึกษาอยู่ที่ สถาบันการศึกษา.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร (FAX).....E-mail Address:

กิจกรรมที่เคยเข้าร่วม

- ชื่อกิจกรรม/หลักสูตร.....

หน่วยงานที่จัด.....วัน/เดือน/ปีที่เข้าร่วม.....

- ชื่อกิจกรรม/หลักสูตร.....

หน่วยงานที่จัด.....วัน/เดือน/ปีที่เข้าร่วม.....

ความรู้ความสามารถพิเศษ

- ความสามารถด้านคอมพิวเตอร์.....

- ความสามารถในการใช้เครื่องสำนักงาน.....

- ความสามารถด้านภาษาต่างประเทศ.....

3. ระยะเวลา/วัตถุประสงค์ในการขอเข้ารับการศึกษาฝึกงาน

ระยะเวลาในการฝึกงาน

ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

รวมจำนวน.....วันทำการ

วัตถุประสงค์ในการฝึกงาน

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารประกอบการสมัครข้างต้นเป็นจริง ถูกต้อง และหากข้าพเจ้าได้เข้ารับการฝึกงานในเปรมสิริคลินิกเทคนิคการแพทย์ ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อกำหนด รวมทั้งเงื่อนไขของคลินิกทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่/...../.....

เอกสารประกอบการสมัคร

1. ใบสมัคร
2. สำเนาบัตรนักศึกษาหรือบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ (อย่างใดอย่างหนึ่ง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
3. สำเนาใบรายงานผลการศึกษา (Transcript) ตั้งแต่เริ่มศึกษาจนถึงปัจจุบัน จำนวน 1 ชุด
4. รูปถ่ายสี (ชุดนักศึกษา) ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน ติดใบสมัคร 1 รูป แนบมาพร้อมใบสมัคร 1 รูป)