

ใบสมัคร

คัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรด้านสาธารณสุขศาสตร

ของสถาบันพระบรมราชชนก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ติดรูปถ่าย
ขนาด 3 x 4 ซม.

คำชี้แจง โปรดอ่านรายละเอียดในการสมัครเข้าศึกษาให้ชัดเจน ก่อนกรอกใบสมัคร ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลโควตาเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ที่จังหวัดได้รับจัดสรร ซึ่งในแต่ละจังหวัดจะได้รับการจัดสรรโควตาในหลักสูตรต่างๆ ไม่เหมือนกัน
2. ศึกษารายละเอียดข้อมูลที่ได้แจ้ง ในชุดใบสมัครนี้ ให้เข้าใจ ก่อนสมัครเข้าศึกษา
3. ใบสมัครประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน **ส่วนที่ 1** เป็นหลักสูตร/โควตา ที่ต้องสมัครตามภูมิลำเนาจังหวัด และ **ส่วนที่ 2** เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้สมัคร
4. สามารถเลือกสมัครได้ในหลักสูตร/โควตา ตามที่ท่านมีคุณสมบัติที่จะสมัครได้ และตามที่จังหวัดที่เป็นภูมิลำเนาของท่านได้รับการจัดสรร และใส่หมายเลขโดยเรียงอันดับการเลือกตามความต้องการเข้าศึกษาลงในช่อง (.....)
5. สามารถสมัครได้ด้วยตนเอง หรือส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ พร้อมเอกสารหลักฐานต่างๆ ในการสมัครฯ ไปตาม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ที่ระบุให้เป็นสถานที่รับสมัครของแต่ละจังหวัด
6. การชำระเงินค่าสมัคร โควตาละ 200 บาท

ส่วนที่ 1 หลักสูตร/โควตา ที่สมัคร ให้ใส่หมายเลขตามลำดับที่เลือกลงในช่อง (.....)

- (.....) หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) 4 ปี โควตาบุคคลทั่วไป ตามภูมิลำเนาจังหวัด
- (.....) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต โควตาบุคคลทั่วไป ตามภูมิลำเนาจังหวัด
- (.....) หลักสูตร ปวส.ส.ศ. (สาธารณสุขชุมชน) 2 ปี โควตาบุคคลทั่วไป ตามภูมิลำเนาจังหวัด
- (.....) หลักสูตร ปวส.ส.ศ. (ทันตสาธารณสุข) 2 ปี โควตาบุคคลทั่วไป ตามภูมิลำเนาจังหวัด
- (.....) หลักสูตร ปวส.ส.ศ. (ทันตสาธารณสุข) 2 ปี โควตาบุตร อสม. ตามภูมิลำเนาจังหวัด
- (.....) หลักสูตร ปวส.ส.ศ. (ทันตสาธารณสุข) 2 ปี โควตา รพร. ตามภูมิลำเนาจังหวัด
- (.....) หลักสูตร ปวส.ส.ศ. (เทคนิคเภสัชกรรม) 2 ปี โควตาบุคคลทั่วไป ตามภูมิลำเนาจังหวัด
- (.....) หลักสูตร ปวส.ส.ศ. (เทคนิคเภสัชกรรม) 2 ปี โควตาบุตร อสม. ตามภูมิลำเนาจังหวัด
- (.....) หลักสูตร ปวส.ส.ศ. (เทคนิคเภสัชกรรม) 2 ปี โควตา รพร. ตามภูมิลำเนาจังหวัด
- (.....) หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชกิจฉุกเฉิน 2 ปี โควตาบุคคลทั่วไป ตามภูมิลำเนาจังหวัด
- (.....) หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชกิจฉุกเฉิน 2 ปี โควตา รพร. ตามภูมิลำเนาจังหวัด
- (.....) หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงการแพทย์แผนไทย โควตาบุคคลทั่วไป ตามภูมิลำเนาจังหวัด

หมายเหตุ หลักสูตร ปวส.ส.ศ. = หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สมัคร

1. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร (13 หลัก)
3. รหัสโรงเรียน (8 หลัก)
4. เลขประจำตัวนักเรียน (7 หลัก) *โดยหากมีเพียง 5 หลัก ใน 2 ช่องหน้าให้ใส่เลข 0 หรือหากมีเลขมากกว่า 7 หลัก ให้กรอกเฉพาะเลข 7 ตัวหลัง เท่านั้น

5. วุฒิการศึกษา สำเร็จชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จาก โรงเรียน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
6. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี ศาสนา.....
7. สถานที่เกิด ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
8. ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เจ้าของบ้านเกี่ยวข้องเป็น.....
9. บิดาชื่อ.....นามสกุล..... อายุ.....ปี .
อาชีพ..... () ยังมีชีวิตอยู่ () ถึงแก่กรรม
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
10. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี อาชีพ..... () ยังมีชีวิตอยู่ () ถึงแก่กรรม
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
11. สถานที่ซึ่งสามารถติดต่อได้รวดเร็วระหว่างสมัครคัดเลือก
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

12. ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา ของผู้สมัคร	ชื่อสถานศึกษา	อำเภอ/เขต และจังหวัด	เริ่มศึกษา พ.ศ.	สำเร็จการ ศึกษา พ.ศ.
ม. 3				
ม. 6				
วิทยาลัย				
มหาวิทยาลัย				

13. สำหรับผู้สมัครในโควตา บุตร อสม. (ข้อมูลของบิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย ที่เป็น อสม.)

13.1 ปฏิบัติงานเป็น อสม. ตั้งแต่วันที่...../...../.....รวมระยะเวลา.....ปี.....เดือน

13.2 เป็น อสม. ดีเด่น ระดับ () เครื่องราชฯ () ชาติ () ภาค () เขต () จังหวัด

() อำเภอ () ตำบล () หมู่บ้าน () ดีเด่นอื่น ๆ ระบุ.....เมื่อปี พ.ศ.

13.3 เป็นกรรมการชมรม อสม. ระดับ () ชาติ () เขต/ภาค () อำเภอ/จังหวัด () ตำบล/หมู่บ้าน เมื่อปี พ.ศ.

พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครมาแสดงต่อคณะกรรมการรับสมัครด้วยแล้ว ดังนี้

☐ 1. สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับเจ้าบ้านของผู้สมัคร พร้อมสำเนาภาพถ่าย (หากสมัครโดยใช้คุณสมบัติบิดาหรือ

มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดที่สมัคร ให้นำสำเนาทะเบียนบ้านมาแสดงด้วย)

- ☐ 2. ประกาศนียบัตร หรือระเบียบแสดงผลการเรียน หรือใบรับรองผลการเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6) ตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ (ไม่รับเทียบเท่า ปวช. ปวท. และ ปวศ.) พร้อมสำเนาภาพถ่าย
- ☐ 3. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตา คม ขนาด 3 x 4 ซม. จำนวน 2 รูป และถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน นับถึงวันสมัคร (ต้องเป็นรูปถ่ายครั้งเดียวกัน) โดยให้ผู้สมัครเขียนชื่อ-สกุล ไว้หลังรูปทุกรูป (ติดในใบสมัคร 1 รูป และ บัตรประจำตัวผู้สมัคร 1 รูป)
- ☐ 4. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร พร้อมสำเนาภาพถ่าย
- ☐ 5. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล (ถ้ามี)
- ☐ 6. ใบแจ้งผลคะแนนตามองค์ประกอบการคัดเลือก ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) พร้อมสำเนาภาพถ่าย
- ได้แก่

- ☐ 6.1 ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร ม. ปลาย (GPAX)
- ☐ 6.2 ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร ม. ปลาย ตามกลุ่มสาระการเรียนรู้ (GPA) 5 กลุ่มสาระ คือ ภาษาไทย สังคม ภาษาต่างประเทศ คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์
- ☐ 6.3 ผลการสอบทางการศึกษาแห่งชาติขั้นพื้นฐาน (O-NET) รหัสวิชา 01-05 หรือ หลักฐานการสมัครสอบ O-NET รหัสวิชา 01-05 หรือ บัตรประจำตัวผู้สอบ O-NET รหัสวิชา 01-05
- ☐ 6.4 ผลการสอบทางการศึกษาแห่งชาติขั้นสูง (A-NET) 3 วิชา ได้แก่ ภาษาอังกฤษ 2 (รหัสวิชา 13) คณิตศาสตร์ 2 (รหัสวิชา 14) วิทยาศาสตร์ 2 (รหัสวิชา 15) หรือ หลักฐานการสมัครสอบ A-NET รหัสวิชา 13-15 หรือ บัตรประจำตัวผู้สอบ A-NET รหัสวิชา 13-15
- ☐ 7. ผู้สมัครในโควตาบุตร อสม. ต้องมีหลักฐาน ดังนี้
- ☐ 7.1 หลักฐานการเป็นบุตร อสม. ที่ถูกต้องตามกฎหมาย หรือเป็นบุตรบุญธรรมที่ได้รับการรับรองทางกฎหมาย
- ☐ 7.2 หลักฐานการเป็น อสม. ของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ที่มีผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขดีเด่น หรือการเป็นกรรมการชมรม อสม. พร้อมสำเนาภาพถ่าย ซึ่งลงนามรับรองโดยเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ อสม. นั้นปฏิบัติงานอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและหลักฐานข้างต้นนั้นเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏว่าไม่เป็นความจริงในภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานศึกษา จำหน่ายชื่อข้าพเจ้าออกจากความเป็นนักศึกษาได้ทันที บิดา มารดา หรือผู้ปกครองของข้าพเจ้าและข้าพเจ้าได้เข้าใจประกาศนี้แล้วทุกประการ

หมายเหตุ การสมัครทางไปรษณีย์

- ให้ใช้สำเนาภาพถ่าย เอกสารหลักฐานต่างๆ ในการสมัครฯ
- สอดของติดแสตมป์ จ่าหน้าของถึงตัวท่านเองไปพร้อมด้วย เพื่อวิทยาลัยจะได้จัดส่งบัตรประจำตัวผู้สมัคร และใบเสร็จรับเงินไปให้ในภายหลัง
- ค่าสมัครให้ชำระโดยส่งตัวแลกเงินไปรษณีย์หรือธนาณัติ สั่งจ่าย ปณ. ชะลา ในนาม “ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา” ทั้งนี้ วิทยาลัยจะไม่คืนค่าสมัคร ไม่ว่ากรณีใด ๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร
(.....)

วันที่...../...../.....