

ใบสมัครคัดเลือกบุคคล  
เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ภาคพิเศษ  
ปีการศึกษา 2552

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

เลขที่.....

รูปถ่าย  
ขนาด 1 นิ้ว

1. ข้าพเจ้าชื่อ.....ชื่อสกุล.....  
(โปรดระบุค่าน้ำชื่อ นาย/นาง/นางสาว ให้ชัดเจน)  
ตำแหน่ง.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี  
เลขที่บัตรประจำตัว.....
2. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เร็วที่สุดคือ บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน (ถ้ามี).....  
หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....
3. ที่อยู่ทำงาน คือ ชื่อสถานที่ทำงาน.....  
หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....

4. ประวัติการศึกษาของผู้สมัคร

| ปีที่สำเร็จ<br>การศึกษา | วุฒิการศึกษา | สถาบันศึกษา | อำเภอ | จังหวัด | คะแนน<br>เฉลี่ย |
|-------------------------|--------------|-------------|-------|---------|-----------------|
|                         |              |             |       |         |                 |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้องตามประกาศวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เรื่อง การรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้าศึกษาระดับปริญญาโท ภาคพิเศษ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2552 ทุกประการ หากพบว่า ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้คัดสิทธิในการเข้าศึกษา ทั้งนี้

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....เมษายน พ.ศ. 2552

## หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงาน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....  
เกี่ยวข้องกับสมัคร โดยเป็น.....ของ (นาย/นาง/นางสาว).....  
โดยรู้จักมาเป็นเวลา.....ปี.....เดือน ซึ่งมีความประสงค์จะสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ภาคพิเศษ ในโครงการความร่วมมือทางวิชาการระหว่างมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลากับ  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา โดยขอรับรองว่าสมัครมีประสบการณ์ในการทำงานด้าน  
สาธารณสุขและที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. หน่วยงาน.....  
ที่อยู่.....  
ตำแหน่ง.....หน้าที่และความรับผิดชอบ.....  
.....  
.....  
ระยะเวลาที่ทำงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จนถึงวันที่.....เดือน.....  
พ.ศ.....เป็นเวลา.....ปี.....เดือน

2. หน่วยงาน.....  
ที่อยู่.....  
ตำแหน่ง.....หน้าที่และความรับผิดชอบ.....  
.....  
.....  
ระยะเวลาที่ทำงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จนถึงวันที่.....เดือน.....  
พ.ศ.....เป็นเวลา.....ปี.....เดือน

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงนาม.....  
(.....)  
...../...../.....