

ใบสมัครคัดเลือกบุคคล

เลขที่

เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

ปีการศึกษา 2553

โครงการความร่วมมือทางวิชาการ ระหว่างมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

กับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

1. ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....
(โปรดระบุคำนำหน้าชื่อ นาย/นาง/นางสาว ให้ชัดเจน)
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
2. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เร็วที่สุดคือ บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน (ถ้ามี).....
หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....
3. หน้าที่การงาน ตำแหน่ง.....ระยะเวลาทำงาน.....ปี.....เดือน
ชื่อสถานที่ทำงาน
หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....E-mail:
4. ประวัติการศึกษาของผู้สมัคร

ปีการศึกษา	คุณวุฒิ	โรงเรียน / สถาบันอุดมศึกษา	อำเภอ	จังหวัด	คะแนนเฉลี่ย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้องตามประกาศวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เรื่อง การรับสมัครนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) ไว้ทุกประการ หากพบว่า ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษาในโครงการความร่วมมือทางวิชาการ ระหว่าง มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา กับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ทันที

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่

รูปถ่าย
1 นิ้ว

บัตรประจำตัวผู้สมัคร
เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์)

โครงการความร่วมมือทางวิชาการระหว่างมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
กับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ปีการศึกษา 2553

ชื่อ.....นามสกุล.....

.....
ลายมือชื่อผู้สมัคร

.....
เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

เลขที่

รูปถ่าย
1 นิ้ว

บัตรประจำตัวผู้สมัคร
เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์)

โครงการความร่วมมือทางวิชาการระหว่างมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
กับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ปีการศึกษา 2553

ชื่อ.....นามสกุล.....

.....
ลายมือชื่อผู้สมัคร

.....
เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร