

##### ใบสมัครหน้า ๑

เลขที่ใบสมัคร

# **ใบสมัครเข้าศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา**

**คณะพยาบาลศาสตร์**

**โปรดกรอกข้อความด้วยพิมพ์ดีดหรือเขียนด้วยตัวอักษรบรรจง**

1. **ประวัติผู้สมัคร**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ชื่อ (นาย/นางสาว/นาง) | นามสกุล    รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว  (1 inch Photo) | |
| วันเดือนปีเกิด  วันที่ /เดือน / ปี | สัญชาติ | ศาสนา |
| เพศ ο ชาย ο หญิง | สถานภาพการสมรส ο โสด ο แต่งงาน | |
| เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ | | |

**๒. สถานที่ติดต่อ**

ชื่อสถานที่ทำงานผู้สมัคร:

เลขที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ถนน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ตำบล\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ อำเภอ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_โทรศัพท์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก: เลขที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ชื่อหมู่บ้าน \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ถนน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ตำบล\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ อำเภอ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ จังหวัด\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ โทรศัพท์\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ มือถือ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

บุคคลที่สามารถติดต่อในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และที่อยู่:

#### **ข้อมูลสำคัญ โปรดกรอกให้ชัดเจนและครบถ้วน**

**๓. ข้อมูลการสมัคร ข้าพเจ้าประสงค์สมัครเข้าศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา:**

|  |
| --- |
| **ปริญญา**: ο ปริญญาโท ο ปริญญาเอก **หลักสูตร**: ο แบบเต็มเวลา (ภาคปกติ) ο แบบไม่เต็มเวลา (ภาคพิเศษ)  **สาขาวิชา**: ο \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**๔. ประวัติการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (ระบุ ชื่อและสถานที่ศึกษา เริ่มจากล่าสุด)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อสถานที่ศึกษา เมืองและประเทศ | สาขาวิชา | ปี พ.ศ.\_\_\_\_\_ถึง พ.ศ.\_\_\_\_\_ | ชื่อย่อปริญญา | คะแนนเฉลี่ย |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ระบุรางวัล สิ่งตีพิมพ์ ทุน เกียรติประวัติ ที่เคยได้รับ | | | | |

ต่อหน้าหลัง

**๕. ประวัติการทำงาน**

อาชีพ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ตำแหน่งปัจจุบัน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ระบุประวัติประสบการณ์การทำงาน (รวมถึงงานที่ไม่เต็มเวลา)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ตำแหน่ง | ชื่อหน่วยงานและสถานที่ | ระยะเวลา พ.ศ.\_\_\_\_\_ ถึง พ.ศ.\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**๖. เอกสารที่ใช้ในการสมัคร** **มีดังนี้:** (ผู้สมัครโปรดเตรียมการให้ครบถ้วน และถูกต้องตามข้อกำหนด)

**ลายมือผู้สมัคร (SIGNATURE OF APPLICANT)**

**ใบสมัครหน้า ๒**

**โปรดระบุเหตุผลการสมัคร**

๑. ใบสมัครของคณะพยาบาลศาสตร์ที่กรอกข้อความครบถ้วนและติดรูปถ่ายเรียบร้อยแล้ว

๒. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ และหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ นามสกุล หรือหลักฐานการสมรส พร้อมถ่ายสำเนา (ถ้ามี)

๔. สำเนาหลักฐานแสดงผลวุฒิการศึกษา ประกอบด้วยปริญญาบัตรหรือใบรับรองการศึกษาชั้นปริญญาตรีและใบแสดงผลการศึกษา (Transcript) อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. สำเนาหลักฐานการขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและ/หรือผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ตามที่ได้กำหนดไว้ในหลักสูตร จำนวน ๑ ฉบับ

๖. ใบรับรองจากหัวหน้าหน่วยงานหรืออาจารย์ผู้เคยสอนในระดับปริญญาตรี จำนวน ๑ คน (แบบฟอร์ม R)

๗. สำเนาหลักฐานคะแนนผลสอบรับรองภาษาอังกฤษอายุภายใน ๒ ปี จำนวน ๑ ฉบับ (อย่างใดอย่างหนึ่ง)

ο BUU-GET ο IELTS ο TOEFL iBT ο TOEFL pBT ο CU-TEP

๘. ชำระค่าสมัคร เป็นเงิน ๕๐๐ บาท

ο โดยเงินสด

ο โดยโอนเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย บัญชีเลขที่ 386-1-004429 ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยบูรพา สาขาแหลมทอง บางแสน (แนบมาพร้อมใบสมัคร และหลักฐานสมัคร)

\* มาที่ งานบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๙. หลักฐานอื่น ๆ (โปรดระบุ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ให้ข้อความที่แสดงในเอกสารฉบับนี้ พร้อมทั้งหลักฐานประกอบการสมัครถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ

และ ο อนุญาต ο ไม่อนุญาต ให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ลายมือชื่อผู้สมัคร \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ✍ลงวันที่ (Date) \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ลงชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ผู้รับชำระเงิน

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**หมายเหตุ** ฝ่ายบัณฑิตศึกษา จะดำเนินการให้ ต่อเมื่อได้รับเอกสารการสมัครและค่าสมัครก่อนวันสุดท้ายของการรับสมัครในเทอมนั้น ๆ

กรณีได้รับหลังจากวันสุดท้ายของการรับสมัครในเทอมนั้น ๆ จะดำเนินการพิจารณาให้ปีการศึกษาต่อไป (กรณีที่สาขานั้น ๆ เปิดรับสมัคร)

**โปรดส่งใบสมัครและหลักฐานที่:**

งานบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131