



เลขที่ใบสมัคร

รูปถ่ายขนาด  
๑ นิ้ว

ใบสมัครเข้าโครงการอบรม  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ให้การดูแล  
(Certificate Program for Nurses' aides/ Care givers)  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โปรดกรอกข้อความด้วยพิมพ์ดีดหรือเขียนด้วยตัวอักษรบรรจง (Typewritten or block letters)

ประวัติผู้สมัคร		
ชื่อ (นาย/นางสาว/นาง)	นามสกุล	
วันเดือนปีเกิด (Date of birth) วันที่ / เดือน / ปี	สัญชาติ (Nationality)	ศาสนา (Religion)
เกิดที่จังหวัด (City of birth)	เพศ (Gender)	<input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
เกิดที่ประเทศ (Country of birth)	สถานภาพการสมรส (Marital status)	<input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> แต่งงาน
เลขประจำตัวประชาชน	น้ำหนัก กิโลกรัม	ส่วนสูง เซนติเมตร

สถานที่ติดต่อ MAILING ADDRESSES

ชื่อสถานที่ทำงานผู้สมัคร : เลขที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ประเทศ					
โทรศัพท์ที่ทำงาน :			โทรสาร :		
ประเทศ	รหัส	เลขหมาย	ประเทศ	รหัส	เลขหมาย
ที่อยู่ถาวรและหรือที่สามารถติดต่อผู้สมัคร : เลขที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ประเทศ					
โทรศัพท์ที่บ้าน :			โทรศัพท์มือถือ :		
ประเทศ	รหัส	เลขหมาย	ประเทศ	รหัส	เลขหมาย
บุคคลที่สามารถติดต่อในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และที่อยู่					

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในระเบียบการ และขอรับรองว่าข้อมูลที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือฝ่าฝืนระเบียบการสอบคัดเลือกดังกล่าว หรือข้อมูลที่ระบุไว้ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์เกี่ยวกับการเข้าศึกษาหรือสิทธิ์ที่ได้จากการศึกษาและ  อนุญาต  ไม่อนุญาต ให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

- หลักฐานประกอบการสมัคร**
- ใบสมัครของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
  - สำเนาหลักฐานคุณวุฒิการศึกษา ของผู้สมัคร ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
  - รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกไม่สวมแว่นตาและถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้สมัคร จำนวน ๑ ชุด ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
  - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร จำนวน ๑ ชุด ลงลายมือชื่อนับรองสำเนาถูกต้อง
  - สำเนาการเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ นามสกุล (ถ้ามี) ลงลายมือชื่อนับรองสำเนาถูกต้อง
  - ใบรับรองทางการแพทย์

ลายเซ็นผู้สมัคร.....  
วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....



กรุณาส่ง คุณวาสนา ชี้มเทียม (ฝ่ายบริการวิชาการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๑๖๙ ถ. หนองบางแสน ต.แสนสุข อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑