PHYATHAI HOSPITAL โรงพยาบาลพญาไท

มหาวิทยาลัยคริสเตียน ร่วมกับ เครือโรงพยาบาลพญาไท

ใบสมัครเข้าศึกษาในหลักสูตร ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

(สามารถถ่ายเอกสารใบสมัครได้)

เลขที่ใบสมัคร _____

โปรดกรอกข้อความโดยเขียนข้อความตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐

ติดรูปถ่าย ขนาด 1 x 1.5 นิ้ว

ข้อมูลผู้สมัคร ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

Mr. / Mrs. / Miss .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ ..... ปี ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก. เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....

ชื่อ - สกุลบิดา.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ .....

อาชีพ.....ที่อยู่.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ชื่อ - สกุลมารดา.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ ..... อาชีพ.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน.....

ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกระหว่างการสมัคร และรอฟังผลการคัดเลือก บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก / ซอย.....

ถนน..... ตำบล / แขวง .....อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ..... Email .....

ทราบข่าวการรับสมัครจาก (กรุณาระบุโดยละเอียด).....

ข้อมูลการศึกษา ข้าพเจ้า ☐ สำเร็จการศึกษาในปี..... ☐ กำลังศึกษา (และคาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ในวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....)

ในระดับการศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) สายวิชา..... ☐ ปวช. ☐ ปวท. ☐ ปวส. แผนก.....

☐ เทียบเท่า กศน. ☐ ปริญญาตรี ☐ อื่นๆ.....

จากโรงเรียน.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ผลการศึกษา.....

ข้อมูลการทำงาน (ข้อมูลปัจจุบัน)

ตั้งแต่ปี พ.ศ.....ถึง พ.ศ..... (ระยะเวลา ..... ปี ..... เดือน) ชื่อสถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....

ตำแหน่ง.....ประจำหอผู้ป่วย/แผนก..... รายได้/เดือน.....บาท รายได้/เดือน (จากค่าล่วงเวลา) .....บาท

ข้อมูลอื่น ๆ ข้าพเจ้าได้ยื่นหลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร ดังนี้ (*เอกสารที่ถ่ายสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ*)

1. ☐ ใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน และรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป
2. ☐ สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (รบ.1) 1 ชุด ☐ สำเนาบัตรประชาชน 2 ใบ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ใบ ☐ สำเนาใบเปลี่ยน – ชื่อสกุล (ถ้ามี)
3. ค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวนเงิน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)

☐ ชำระเงินเป็นเงินสด ณ ศูนย์การศึกษาเพื่อสุขภาพ เครือโรงพยาบาลพญาไท เท่านั้น (สถาบันสันติราษฎร์บริหารธุรกิจฯ ซอยพหลโยธิน 24)

☐ ชำระโดย โอนเงินค่าธรรมเนียม เข้าที่บัญชีกระแสรายวัน ธนาคารทหารไทย สาขาพหลโยธิน

ชื่อบัญชี "บริษัท ประสิทธิ์พัฒนา จำกัด(มหาชน) เลขที่บัญชี 001-1-53547-3" ***(พร้อมแนบสำเนาโอนเงิน มาพร้อมกับใบสมัครฯ)***

+ + + กรณีส่งเอกสารการสมัครทางไปรษณีย์ กรุณายืนยันการสมัครที่ แผนกสนับสนุนการศึกษา โทร. 0-2939-3050 ต่อ 312 (มิฉะนั้นจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะ) + + +

เอกสารค้างส่ง	การชำระค่าสมัคร **(สำหรับเจ้าหน้าที่)**
1. ..... (...../...../.....)	☐ ค้างชำระค่าสมัคร (จะชำระวันที่...../...../.....)
2. ..... (...../...../.....)	☐ ชำระค่าสมัครแล้ว (วันที่...../...../.....)
3. ..... (...../...../.....)	โดย ☐ เงินสด ☐ โอนเงินเข้าบัญชี (บ.ประสิทธิฯ)
4. ..... (...../...../.....)	ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่รับเงิน
5. ..... (...../...../.....)	(วันที่...../...../.....)
6. ..... (...../...../.....)	ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่รับสมัคร
7. ..... (...../...../.....)	(วันที่...../...../.....)

(สำหรับผู้สมัคร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารประกอบการสมัครข้างต้นเป็นจริงทุกประการ ทั้งนี้หากมีการตรวจสอบภายหลังว่าเป็นข้อความ หรือเอกสารไม่ถูกต้อง ให้ถือว่าการสมัครเป็นโมฆะ และข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องขอคืนเอกสาร หรือขอคืนค่าใช้จ่ายใดๆที่ได้ชำระแล้วทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(วันที่...../...../.....)

ส่งใบสมัคร,หลักฐานที่ ศูนย์การศึกษาเพื่อสุขภาพ เครือโรงพยาบาลพญาไท (สถาบันสันติราษฎร์ฯ)

เลขที่ 2 (138/1) ห้อง 631 ซ.พหลโยธิน 24 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กทม.10900 โทรศัพท์: 0-2939-3050-54 ต่อ 312

โทรสาร : 0-2939-3050-54 ต่อ 123 website : www.phyathai.com/ecp, www.christian.ac.th Email : ecp@phyathai.com