



**PHYATHAI**  
HOSPITAL  
โรงพยาบาลพญาไท

**มหาวิทยาลัยคริสเตียน ร่วมกับ เครือโรงพยาบาลพญาไท**

ใบสมัครเข้าศึกษาในหลักสูตร ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
(สามารถถ่ายเอกสารใบสมัครได้)

เลขที่ใบสมัคร

โปรดกรอกข้อความโดยเขียนข้อความตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

**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..... โทรสาร..... Email.....

ทราบข่าวการรับสมัครจาก (กรุณาระบุรายละเอียด) .....

**ข้อมูลการศึกษา**

ข้าพเจ้าสำเร็จการศึกษาชั้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) สายวิชา  วิทยาศาสตร์  ศิลป์ หรือเทียบเท่า  ปวช.  ปวท.  ปวส.

อื่นๆ ระบุ.....จากโรงเรียน.....

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

**ข้อมูลอื่น ๆ**

1. ข้าพเจ้าต้องการชำระค่าลงทะเบียนการศึกษาตลอดหลักสูตรโดย  เงินสด  อื่น ๆ .....

2. ข้าพเจ้าได้ยื่นหลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร ดังนี้ (เอกสารที่ถ่ายสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

2.1  ใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน และรูปถ่ายหน้าตรง

2.2  ใบแสดงผล O-net หรือ A-net

ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป

2.3  สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (รป.1) 1 ชุด

2.4  สำเนาบัตรประชาชน 2 ใบ และสำเนาทะเบียนบ้าน 1 ใบ

2.5  สำเนาใบเปลี่ยน - ชื่อสกุล (ถ้ามี)

2.6 ค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวนเงิน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)

ชำระเงินเป็นเงินสด

ณ ศูนย์การศึกษาเพื่อสุขภาพ เครือโรงพยาบาลพญาไท เท่านั้น (สถาบันสันติราษฎร์บริหารธุรกิจฯ ซอยพหลโยธิน 24)

ณ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (สำนักบริการการศึกษา) ถ.พระประโทน - บ้านแพ้ว ต.ดอนยายหอม อ.เมือง จ.นครปฐม

ชำระโดย โอนเงินค่าธรรมเนียม เข้าที่บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขา อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ

ชื่อบัญชี "บริษัท ประสิทธิ์พัฒนา จำกัด(มหาชน) เลขที่บัญชี 007-0-07930-7" (พร้อมแนบสำเนาโอนเงิน มาพร้อมกับใบสมัครฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่นำมาประกอบการสมัครข้างต้นเป็นเอกสารที่ถูกต้อง

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ส่งใบสมัครและหลักฐานที่ ศูนย์การศึกษาเพื่อสุขภาพ เครือโรงพยาบาลพญาไท

เลขที่ 2(138/1)อาคารตุลิต ช.พหลโยธิน24 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

หมายเหตุ (รายการที่เป็นเอกสารถ่ายสำเนาให้ผู้สมัครลงนามรับรองสำเนาเอกสารด้วยตนเองทุกฉบับ)

เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

วันที่รับสมัคร

Master/MKT. 27-10-52