



**PHYATHAI**  
HOSPITAL  
โรงพยาบาลพญาไท

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ร่วมกับ เครือโรงพยาบาลพญาไท  
ไบสม์ครเข้าศึกษาในหลักสูตรอนุปริญญา สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ  
(สามารถสำเนาเอกสารได้)

เลขที่ไบสม์คร

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  วิทย  ศิลป์ หรือเทียบเท่า  ปวช.  ปวท.  ปวส.

อื่นๆ ระบุ.....จากโรงเรียน.....

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

**ข้อมูลอื่น ๆ**

1. ข้าพเจ้าต้องการชำระค่าลงทะเบียนการศึกษาตลอดหลักสูตรโดย  เงินสด  อื่น ๆ .....

2. กุ้ยมีเงินกองทุนเพื่อการศึกษา(กยศ.)  ไม่เคย  เคย จำนวนครั้งที่กู้ ..... ครั้ง กู้ครั้งแรกเมื่อปีการศึกษา .....

3. ข้าพเจ้าได้ยื่นหลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร ดังนี้ (เอกสารที่ถ่ายสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

3.1  ไบสม์ครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน และรูปถ่ายขนาด 1 x1.5 นิ้ว 3 ใบ

3.2  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 2 ใบ และสำเนาทะเบียนบ้าน 1 ใบ

3.3  สำเนาใบเปลี่ยน - ชื่อสกุล (กรณีชื่อ - สกุล ปัจจุบันไม่ตรงกับหลักฐานอื่น ๆ)

3.4  สำเนาใบประเมินแสดงผลการเรียน (ปพ.1 หรือ รบ.1) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ (ม.6)

หรือเทียบเท่า หรือหนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 หรือ ปวช.

3.5 ค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวนเงิน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)

ชำระเงินเป็นเงินสด ณ ศูนย์การศึกษาเพื่อสุขภาพ เครือโรงพยาบาลพญาไท เท่านั้น (สถาบันสันติราษฎร์บริหารธุรกิจ ซอยพหลโยธิน 24)

ชำระโดย โอนเงินค่าธรรมเนียม เข้าที่บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขา อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ

ชื่อบัญชี "บริษัท ประสิทธิภาพพัฒนา จำกัด(มหาชน) เลขที่บัญชี 007-0-07930-7" (พร้อมแนบสำเนาโอนเงิน มาพร้อมกับไบสม์ครฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่นำมาประกอบการสมัครข้างต้นเป็นเอกสารที่ถูกต้อง

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ส่งไบสม์ครและหลักฐานที่ ศูนย์การศึกษาเพื่อสุขภาพ เครือโรงพยาบาลพญาไท  
เลขที่ 2(138/1)อาคารดุสิต ซ.พหลโยธิน24 แขวงจอมพล เขตจตุจักร กทม. 10900  
โทรศัพท์: 0-2939-3050-54 ต่อ 312 โทรสาร : 0-2939-3050-54 ต่อ 123  
website : www.mfu.ac.th/phyathai, www.phyathai.com/ecp Email : ecp@phyathai.com  
หมายเหตุ (รายการที่เป็นเอกสารถ่ายสำเนาให้ผู้สมัครลงนามรับรองสำเนาเอกสารด้วยตนเองทุกฉบับ)

.....  
.....  
เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร วันที่รับสมัคร