



แบบกรอกข้อมูลรายบุคคล

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่น72..... ปี พ.ศ.ที่เข้าศึกษา.....2563.....(ปีการศึกษา)

โดยใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560

วันที่รายงานตัว13 กรกฎาคม 2563.....เปิดเรียนวันที่.....20 กรกฎาคม 2563.....

สำเร็จการศึกษา.....พฤษภาคม.....พ.ศ.....2566.....

อาจารย์ที่ปรึกษา.....

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง (ชื่อ - นามสกุล ควรสะกดตรงกับบัตรประชาชนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ)

ชื่อภาษาไทย(นาย/นางสาว).....**ชื่อนักศึกษา**..... นามสกุล.....**นามสกุลนักศึกษา**..... เลขที่บัตรประชาชน.....

ชื่อภาษาอังกฤษ(Mr./Miss)..... นามสกุล..... วัน / เดือน / ปี เกิด.....

วุฒิการศึกษาก่อนเข้าศึกษา.....**ม.6/เวชกิจ/สาธารณสุขชุมชน**.....เกรดเฉลี่ยสะสม..... ปี พ.ศ.ที่จบ.....

จังหวัดที่เกิด.....**จังหวัดที่นักศึกษาเกิด**.....อายุ.....ปี.....เดือน.....เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ที่อยู่ตามภูมิลำเนาเดิม เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

ปัจจุบันนักศึกษาพัก หอพักวิทยาลัยพยาบาลฯ หอพักข้างนอกชื่อ..... **ระบุชื่อหอพัก**.....

โควตาเข้าศึกษา ครอบรับตรงจากพื้นที่ ครอบรับกลาง ครอบรับอิสระ

บุคคลทั่วไป โควตาจังหวัด.....

บุตร อสม. โควตาจังหวัด.....

โควตาพัฒนาบุคลากร ระบุ (เวชกิจ หรือ สาธารณสุขชุมชน) โควตาจังหวัด.....

ตามรอยสมเด็จพระเจ้า โควตาจังหวัด.....

ทุนเสมพัฒนาชีวิต / ร.ราชประชานุเคราะห์ โควตาจังหวัด.....

ชื่อบิดา.....**ชื่อ-นามสกุลบิดา**.....อายุ.....ปี การศึกษา..... อาชีพ..... รายได้...../ปีหรือเดือน

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

ชื่อมารดา.....**ชื่อ-นามสกุลมารดา**.....อายุ.....ปี การศึกษา..... อาชีพ..... รายได้...../ปีหรือเดือน

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

สถานภาพบิดา มารดา สมรส หย่า/หม้าย บิดาถึงแก่กรรม มารดาถึงแก่กรรม

พี่น้องร่วมบิดามารดา จำนวน**นับรวมนักศึกษาด้วย**..... คน นักศึกษาเป็นบุตรคนที่

ชื่อผู้ปกครอง.....**บิดา มารดา หรือบุคคลที่บิดามาร มอบหมายให้เป็นผู้ปกครอง**.....อายุ.....ปี การศึกษา.....

อาชีพ..... รายได้...../ปีหรือเดือน ที่อยู่ปัจจุบัน..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ..... ความสัมพันธ์กับนักศึกษา.....

ลงชื่อนักศึกษา..... ผู้ให้ข้อมูล
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

งานวัดประเมินผลและทะเบียน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช