



เลขที่ใบสมัคร.....

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ปีการศึกษา ๒๕๖๔ รุ่นที่ ๑๐

รูป ๑.๕ นิ้ว

☐ โครงการบุคคลทั่วไป ☐ โครงการ ๙ หมอ ระบุ.....

๑. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพปัจจุบัน.....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน.....
ที่อยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่.....ปี

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (กรณีที่ติดต่อผู้สมัครเรียนไม่ได้)

ชื่อนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

๒. ประวัติการศึกษาของผู้สมัคร

๑ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการรับรอง
จากโรงเรียน.....อำเภอ.....
จังหวัด.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เกรดเฉลี่ยสะสม.....

๒ การศึกษาสูงสุด.....
จากสถาบัน.....พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....

ประวัติการศึกษา/อบรม ด้านการดูแลผู้ป่วย (กรณีที่มีประวัติระบุ).....

๓.คุณสมบัติผู้สมัครทั่วไป

๑. เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย
๒. มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปี บริบูรณ์
๓. มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า ตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
๔. เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของตนเอง ไม่น้อยกว่า ๑ ปี ติดต่อกัน หรือตามทะเบียนบ้านของบิดา มารดา
๕. ไม่เป็นภิกษุ สามเณรและนักบวช ตามคำสั่งมหาเถรสมาคมที่ ๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๔
๖. สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่ติดสารเสพติดให้โทษหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนหรือการปฏิบัติงาน
๗. เป็นผู้ไม่เคยต้องโทษตามคำพิพากษาของศาล ให้ต้องจำคุก
๘. กรณีผู้สมัครเป็นชาย ต้องไม่เป็นผู้ถูกคัดเลือกเข้ารับราชการทหารในเดือน เมษายน ๒๕๖๔

๓.๒ คุณสมบัติผู้สมัครเพิ่มเติม (บุคลากรด้านสาธารณสุข)

๑. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือบุตร อสม. หรือยุวอสม. โดยมีหนังสือรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ

๒. เป็นบุคลากรของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี และได้รับการคัดเลือกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยมีหนังสือส่งตัวจากหน่วยงานในการรับกลับไปปฏิบัติงานในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

๓.๓ คุณสมบัติผู้สมัครเพิ่มเติม (เฉพาะโครงการ ๙ หมอ)

เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของตนเอง หรือ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่ยื่นใบสมัคร ไม่น้อยกว่า ๓ ปี ติดต่อกันนับถึงวันเปิดภาคการศึกษา

๔. หลักฐานการสมัคร

- | | |
|---|--------------|
| ☐ ๑. ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๒. รูปถ่ายของผู้สมัคร หน้าตรงไม่สวมหมวก และแว่นตา
(ไม่ถูกปรับแต่งรูปถ่าย) ขนาด ๑ นิ้ว ไม่เกิน ๖ เดือนนับถึงวันสมัคร | จำนวน ๑ รูป |
| ☐ ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๔. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๕. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๖. สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา/มารดา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๗. สำเนาใบระเบียนแสดงผลการเรียน (รป.๑ หรือ ปพ.๑) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๘. เอกสารและหลักฐานอื่น ๆ (โปรดระบุ) | |

หมายเหตุ สำเนาเอกสารต้องลงนามรับรองทุกหน้า หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ ๐๕๕-๒๕๒-๕๔๖-๘ ต่อ ๓๐๐๕

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้หากมีการตรวจสอบเอกสารและพบว่าข้าพเจ้า มีคุณสมบัติหรือให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติและข้าพเจ้าจะไม่ขอใช้สิทธิ์ เรียกร้องใด ๆ (ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาโดยการสอบข้อเขียน และสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th และ Facebook : <https://www.facebook.com/bcnbc2492> วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ในวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๙)

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่/...../.....

ผู้รับสมัคร.....

(.....)

วันที่/...../.....

สมัครได้ผ่าน ๒ ช่องทาง

ช่องทางที่ ๑ กรอกใบสมัครและชำระเงิน ยื่นเอกสารผ่านแบบฟอร์ม แล้วส่งเอกสารฉบับจริงในวันสัมภาษณ์ (๒๕ เมษายน ๒๕๖๙)

กรอกฟอร์มการสมัคร ใบแจ้งยอดชำระเงินค่าสมัคร



ช่องทางที่ ๒ ยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ห้องธุรการวิชาการ ณ อาคารเรียน ๓ ชั้น ๑ (เตรียมเอกสารมาให้ครบถ้วน)

ติดต่อสอบถาม @Line งานทะเบียน : @๓๘๓qhwy (มี๑)