

เลขรหัสผู้สมัคร
(ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)



ติดรูปถ่าย

ใบสมัครสอบคัดเลือกนักศึกษา
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
ระบบ รับตรงโดยคณะกรรมการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ ปีการศึกษา 2561

กรอกข้อมูลในใบสมัครด้วยตัวบรรจงให้ถูกต้องและครบถ้วนก่อนส่งใบสมัคร

1. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร

นาย นางสาว นาง อายุ ปี เพศ ชาย หญิง
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---
เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ..... อำเภอที่เกิด..... จังหวัดที่เกิด
ที่อยู่ในทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน.....
แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ระหว่างการสมัคร บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย
ถนน แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ โทรสาร E-mail

2. ประวัติผู้สมัคร

2.1 ชื่อ-สกุลบิดา อายุ ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม
เชื้อชาติ สัญชาติ อาชีพ รายได้ บาท/เดือน
ปัจจุบันมีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัด โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ.....

2.2 ชื่อ-สกุลมารดา อายุ ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม
เชื้อชาติ สัญชาติ อาชีพ รายได้ บาท/เดือน
ปัจจุบันมีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัด โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ

2.3 สถานภาพการสมรสของบิดามารดา อยู่ด้วยกัน หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ (ระบุ).....

2.4 ชื่อ-สกุลผู้ปกครอง (กรณีที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา) อายุ ปี
เชื้อชาติ สัญชาติ อาชีพ รายได้ บาท/เดือน
ปัจจุบันมีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัด โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ มีความสัมพันธ์โดยเป็น.....กับผู้สมัคร

3. ข้อมูลด้านการศึกษา

3.1 สถานศึกษา

สำเร็จชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ปีการศึกษา 2559 2560 อื่นๆ (ระบุ).....

ศึกษาชั้น ม.4 สถานศึกษา..... อำเภอ

จังหวัด

ศึกษาชั้น ม.5 สถานศึกษา..... อำเภอ

จังหวัด

ศึกษาชั้น ม.6 สถานศึกษา..... อำเภอ

จังหวัด

3.2 คุณสมบัติทางการศึกษา

คะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) =

4. หลักฐานที่ส่งมาพร้อมใบสมัคร (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรนักเรียนกรณีอายุต่ำกว่า 15 ปี
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร และ บิดา และ/หรือ มารดา อย่างละ 1 ฉบับ (กรณีหย่าร้างใช้ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเท่านั้น)
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ปกครอง (กรณีไม่ได้อยู่กับบิดามารดา) จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาใบแสดงผลการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 1 ฉบับ
- หลักฐานการโอนเงินชำระค่าสมัครสอบคัดเลือก จำนวน 100 บาท ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ (กรณีสมัครทางอีเมล)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ หากข้อความและเอกสารไม่ถูกต้องหรือเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การสมัครและ/หรือการเป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนามผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำรับรองของผู้ปกครอง (กรณีไม่ได้อยู่กับบิดามารดา)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว (ชื่อ-สกุล) มีความสัมพันธ์กับผู้สมัคร โดยเป็น และขอรับรองการเป็นผู้ปกครองของผู้สมัคร ในการเข้าศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โดยจะดูแลรับผิดชอบผู้สมัครเมื่อผ่านการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว เสมือนเป็นบิดาหรือมารดาของผู้สมัคร

ลงนามผู้ปกครอง

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.