



ใบสมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารจัดการสุขภาพระดับปฐมนูมิ
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ประจำปีการศึกษา 2564

ประเภทสมัครด้วยตนเอง

รหัสสาขา

สาขาวิชา หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารจัดการสุขภาพระดับปฐมนูมิ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ข้อมูลผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... ชื่อ นามสกุล

เกิดวันที่ เดือน..... พ.ศ. เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---

ข้อมูลติดต่อ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก มือถือ บ้าน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวก เกี่ยวข้องเป็น มือถือ

วุฒิการศึกษาที่สมัคร ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก สาขา.....

ชื่อสถานศึกษา จังหวัด

สาขาหลักสูตร

- ☐ หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารจัดการคลินิกครอบครัว
☐ หลักสูตรประกาศนียบัตรบริหารจัดการเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ
☐ หลักสูตรประกาศนียบัตรนักจัดการความรู้ด้านสุขภาพ
☐ หลักสูตรประกาศนียบัตรนักดูแลสุขภาพดี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นและเอกสารประกอบการสมัครมีความถูกต้องครบถ้วนตรงตามประกาศของมหาวิทยาลัยฯ

หากมีข้อผิดพลาดข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยตัดสิทธิ์การสมัครครั้งนี้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ และจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ ผู้สมัคร

วันที่สมัคร.....

เอกสารประกอบการสมัคร

- ☐ ตีรูปถ่ายหน้าตรง 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
☐ สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 2 ฉบับ
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 2 ฉบับ
☐ สำเนาสำเนาใบปริญญาบัตร 2 ฉบับ
☐ สำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน (Transcript of Records) 2 ฉบับ

คุณสมบัติของผู้รับสมัคร

- บุคลากรในหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนบุคลากรทั่วไปที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพและมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
- สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองในระบบออนไลน์ และมีเวลาในการเข้าอบรมตามสถานที่ฝึกอบรมกำหนด

(สำหรับทางมหาวิทยาลัย)

เจ้าหน้าที่รับสมัคร

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารการสมัครเบื้องต้นเรียบร้อยแล้ว

คุณสมบัติผู้สมัครเป็นไปตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

ลงชื่อ..... (เจ้าหน้าที่รับสมัคร)

วันที่สมัคร.....