

ใบแสดงความจำนงเข้าศึกษาต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต
สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย ประจำปีการศึกษา 2562
วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

รูปถ่าย 1 นิ้ว

1. ประวัติส่วนตัว

1.1 ชื่อ - นามสกุล.....

ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม อายุ ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

1.2 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่ติดต่อได้สะดวก) เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ E-mail

Face book..... Line ID.....

เบอร์โทรศัพท์ (บิดา) (มารดา).....

(ญาติหรือบุคคลที่สามารถติดต่อได้)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

อาชีพบิดา..... อาชีพมารดา.....

2. ประวัติการศึกษา

สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษาที่จบ..... กำลังศึกษา สายเกรดเฉลี่ยสะสม

โรงเรียน..... ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่...../...../.....

*** ก่อนส่งเอกสารโปรดติดต่อ 089-8544240 ***

เอกสารแนบท้าย

1. สำเนาใบแสดงผลการเรียนรู้ (ปพ.1) จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่..

แผนกนักศึกษาใหม่ วิทยาลัยการแพทย์ฯ มร.ชร.

Tel. 089-8544240, 084-1748496

โทรศัพท์/โทรสาร: 053-776063

Facebook: STAM2002

ID line: 0898544240