

วันที่รับสมัคร
เจ้าหน้าที่รับสมัคร.....

ติดรูปถ่าย
ขนาด
๑x๑.๕ นิ้ว

ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา
เพื่อสรรหานักวิชาการวิชาชีพการพยาบาล สภากาพยาบาล

๑. ชื่อผู้ขอรับทุน (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....
วันเดือนปีเกิดอายุปี สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา
เลขที่บัตรประชาชน ----

สถานภาพสมรส โสด หย่า หม้าย แยกกันอยู่
 สมรส จดทะเบียน ไม่จดทะเบียนสมรส

สถานศึกษา
ชื่อคู่สมรส นามสกุล.....
อาชีพ มีบุตร คน (ถ้ามี)

บุตร	อายุ (ปี)	กำลังศึกษาชั้น	สถานศึกษา
คนที่ ๑			
คนที่ ๒			
คนที่ ๓			

ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง / ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ อีเมล

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง / ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ อีเมล

๒. บิดาข้าพเจ้าชื่อนามสกุล.....อายุปี
อาชีพ โทรศัพท์

๓. มารดาข้าพเจ้าชื่อนามสกุล.....อายุปี
อาชีพ โทรศัพท์

๔. สถานภาพทางครอบครัว
 บิดามารดา อยู่ร่วมกัน บิดามารดา หย่าร้างกัน บิดา / มารดา ถึงแก่กรรม

๕. ข้าพเจ้ามีพี่น้องร่วมบิดา มารดา จำนวน คน (ไม่นับรวมผู้ขอทุน)

๖. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	ชื่อสถาบัน	คุณวุฒิ	สาขาวิชา	ปีที่สำเร็จการศึกษา	เกรดเฉลี่ย
ม.ปลาย					
ปริญญาตรี					
ปริญญาโท					
อื่น ๆ					

๗. ประวัติการทำงาน

ชื่อสถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง	ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		เงินเดือนที่ได้รับ (บาท)	สาเหตุที่ออก
		เริ่มเดือน/พ.ศ.	ถึงเดือน /พ.ศ.		

๘. ความสามารถพิเศษ

ด้านคอมพิวเตอร์ โปรแกรมต่าง ๆ (ระบุ)

ภาษาต่างประเทศ (ระบุ)

- ระดับทักษะการใช้ภาษา (ระบุดีมาก/ดี/พอใช้)

ระดับการฟัง ระดับการพูด..... ระดับการอ่าน ระดับการเขียน

ความสามารถพิเศษอื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความใดเป็นความเท็จหรือข้าพเจ้าปกปิดข้อความจริงที่ควรแจ้งให้ทราบ ให้ถือว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติในการสมัครเข้ารับทุนการศึกษา

ลงชื่อผู้ขอรับทุน

(.....)

วันที่เดือนพ.ศ.๒๕๖๕