



เลขที่สมัคร.....

ใบสมัครคัดเลือก

บุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี ปีการศึกษา ๒๕๖๐
คณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อผู้สมัคร (นาย/นางสาว)นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... หมู่เลือด.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... E-mail.....

ชื่อบิดา อาชีพ.....

ชื่อมารดา อาชีพ.....

ชื่อผู้ปกครอง อาชีพ.....

ที่อยู่ผู้ปกครอง บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... E-mail.....

สถานภาพทางการศึกษา

สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) สาย/โปรแกรม คณิตศาสตร์ - วิทยาศาสตร์

จากโรงเรียน..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

- ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ผลการทดสอบความถนัดทั่วไป (GAT)
- ผลการทดสอบความถนัดทางวิชาชีพและวิชาการ (PAT ๒)

ความสัมพันธ์ทางเครือญาติแพทย์แผนไทย

ชื่อเครือญาติ อาชีพ.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... E-mail.....

ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร.....

เอกสารแสดงความเป็นแพทย์แผนไทยของเครือญาติ

- ๑.
- ๒.
- ๓.
- ๔.
- ๕.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่น่าเสนอในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบในภายหลังพบว่าข้อมูลเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การพิจารณารับเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยบูรพา

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.