



ราชวิทยาลัย
จุฬารัง

ใบสมัครนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร
สาขาวิชานวัตกรรมการจัดการงานธุรการสถานพยาบาล (หลักสูตร ๑ ปี)
สังกัด คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

ติดรูปถ่ายสี
จำนวน ๑ รูป

(โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจงให้ครบถ้วน)

วันที่...../...../.....

ชื่อ..... นามสกุล

Mr, Mrs, MissSurname.....

๑. ประวัติส่วนตัว

เพศ อายุ.....ปี น้ำหนัก..... ส่วนสูง.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน

วันที่ออกบัตร..... วันที่หมดอายุ.....

กลุ่มโลหิต..... สถานภาพสมรส โสด สมรส สมรสไม่จดทะเบียน
 หม้าย แยกกัน หย่าร้าง

ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ไม่มี มี ระบุ.....

๒. ข้อมูลติดต่อ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก (ตามทะเบียนบ้าน).....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

๓. วุฒิการศึกษา

๑. วุฒิ วุฒิย่อ.....สาขาวิชา.....เกรดเฉลี่ย.....

จากสถานศึกษา.....ประเทศ.....ปีที่จบการศึกษา.....

๒. วุฒิ วุฒิย่อ.....สาขาวิชา.....เกรดเฉลี่ย.....

จากสถานศึกษา.....ประเทศ.....ปีที่จบการศึกษา.....

๓. วุฒิ วุฒิย่อ.....สาขาวิชา.....เกรดเฉลี่ย.....

จากสถานศึกษา.....ประเทศ.....ปีที่จบการศึกษา.....

๔. ประวัติครอบครัว

ความสัมพันธ์	ชื่อ - นามสกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	เบอร์โทรศัพท์	สถานที่อยู่
บิดา					
<input type="radio"/> มีชีวิตอยู่ <input type="radio"/> ถึงแก่กรรม					
มารดา					
<input type="radio"/> มีชีวิตอยู่ <input type="radio"/> ถึงแก่กรรม					
คู่สมรส					
จำนวนพี่/น้อง	จำนวน.....คน ผู้สมัครเป็นบุตรคนที่.....				
	๑.				
	๒.				
	๓.				
	๔.				

ผู้ปกครอง

ชื่อ - นามสกุล.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมลล์.....

ความสัมพันธ์กับนักศึกษา..... ที่อยู่.....

.....

ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ - นามสกุล.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมลล์.....

ความสัมพันธ์กับนักศึกษา..... ที่อยู่.....

.....

กลุ่มงานที่ท่านสนใจเลือกเรียน

(โปรดใส่ลำดับ หน้ากลุ่มงานที่ท่านสนใจเลือก จำนวน ๓ ลำดับ)	
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานห้องตรวจรักษาของแพทย์ Work system support group in Examination Room
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานห้องผ่าตัด Work system support group in Operating Room
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานห้องฉุกเฉิน Work system support group in Emergency Room
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานรังสีวิทยา Work system support group in Radiology
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานอาชีวอนามัยและป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล Work system support group in Occupational Health Division and Infection control
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานเภสัชกรรม Work system support group in Pharmaceutical Jobs
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน Work system support group in Home Visit and Post Discharged
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานการเงินการคลังในสถานพยาบาล Work system support group to Financial management in Hospital
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานประกันคุณภาพในสถานพยาบาล Work system support group in Quality assurance system
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานสารสนเทศในสถานพยาบาล Work system support group for Information systems in Hospital
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานเวชระเบียนในสถานพยาบาล Work system support group for Hospital Coding
	กลุ่มสนับสนุนระบบงานพัสดุในสถานพยาบาล Work system support group for Supplies Unit in Hospital

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่าข้อความรายละเอียดต่างๆ ที่กรอกไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ หากราชวิทยาลัยฯ ตรวจสอบพบว่าข้อความข้างต้นเป็นความเท็จ หรือมีการบิดเบือนข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมให้ราชวิทยาลัยฯ พิจารณาโทษตามกระบวนการของราชวิทยาลัยฯ หรือให้พ้นสภาพจากการเป็นนักศึกษา โดยจะไม่เรียกร้องค่าชดเชย หรือผลประโยชน์อื่นใดจากราชวิทยาลัยฯ

(.....)

ลายมือชื่อของผู้สมัคร

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

หลักฐานในการสมัคร

- () สำเนาหนังสือสำคัญแสดงคุณวุฒิ หรือเอกสารรับรองคุณวุฒิ จำนวน ๒ ฉบับ
- () สำเนาใบรายงานผลการศึกษา (Transcript) จำนวน ๒ ฉบับ
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๒ ฉบับ
- () สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๒ ฉบับ
- () รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน) จำนวน ๓ รูป
- () สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล(ถ้ามี) จำนวน ๒ ฉบับ
- () สำเนาหลักฐานการผ่านการเกณฑ์ทหาร (ถ้ามี) จำนวน ๒ ฉบับ
- () หลักฐานการผ่านงานหรือแสดงความชำนาญ (รางวัล/เกียรติบัตร) จำนวน.....ฉบับ
- () อื่นๆ (ระบุ).....

(เอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้อง)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐาน
(.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติ
(.....)

หมายเหตุ

สามารถส่งใบสมัคร พร้อมหลักฐานการสมัคร ในรูปแบบไฟล์ PDF
ได้ทาง E-mail : gritsada.cha@cra.ac.th หรือ ส่งเอกสารมาตามที่อยู่
(โรงเรียนนวัตกรรมการบริหารจัดการสถานพยาบาล ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์)
วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน ๔๖๙ หมู่ ๓ ตำบลฝายแก้ว อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐
สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมผู้ประสานงานนายกฤษดา ชัยเมืองมูล โทรศัพท์ ๐๖๕ – ๐๘๑๓๕๕๙