



PHYATHAI
HOSPITAL
โรงพยาบาลพญาไท

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ร่วมกับ เครือโรงพยาบาลพญาไท
ไบสมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรอนุปริญญา สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
(สามารถสำเนาเอกสารได้)

เลขที่ใบสมัคร

โปรดกรอกข้อความโดยเขียนข้อความตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

ข้อมูลผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

Mr. / Mrs. / Miss

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี

ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

ชื่อ - สกุลบิดา.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ อาชีพ.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

ชื่อ - สกุลมารดา.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ อาชีพ.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

ติดรูปถ่าย

ขนาด

1 x 1.5 นิ้ว

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน.....

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

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกระหว่างการสมัคร และรอฟังผลการคัดเลือก

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน..... ตำบล / แขวง

อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... Email.....

ทราบข่าวการรับสมัครจาก (กรุณาระบุรายละเอียด)

ข้อมูลการศึกษา

ข้าพเจ้า กำลังศึกษา สำเร็จการศึกษาในปี..... ในระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) สายวิชา.....

หรือเทียบเท่า กศน. ปวช. หรือ ปวท. ปวส. แผนก..... อื่นๆ..... จากโรงเรียน.....

อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ผลการศึกษา.....

ข้อมูลอื่น ๆ

1. ข้าพเจ้าต้องการชำระค่าลงทะเบียนการศึกษาตลอดหลักสูตรโดย เงินสด อื่น ๆ.....

2. สถานะการกู้ยืมเงินกองทุนเพื่อการศึกษา (กยศ.) ไม่เคย เคย จำนวนครั้งที่กู้ ครั้ง กู้ครั้งแรกเมื่อปีการศึกษา

3. ข้าพเจ้าได้ยื่นหลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร ดังนี้ (เอกสารที่ถ่ายสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

3.1 ใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน และรูปถ่ายขนาด 1 x1.5 นิ้ว 3 ใบ

3.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 2 ใบ และสำเนาทะเบียนบ้าน 1 ใบ

3.3 สำเนาใบเปลี่ยน - ชื่อสกุล (กรณีชื่อ - สกุล ปัจจุบันไม่ตรงกับหลักฐานอื่น ๆ)

3.4 สำเนาใบประเมินแสดงผลการเรียน (ปพ.1 หรือ รบ.1) จากสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ตามที่ระบุในข้อมูลการศึกษา

กรณียังไม่สำเร็จการศึกษาให้ยื่นหนังสือรับรองการศึกษา จากสถานศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ ตามที่ระบุในข้อมูลการศึกษา

3.5 ค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวนเงิน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)

ชำระเงินเป็นเงินสด ณ ศูนย์การศึกษาเพื่อสุขภาพ เครือโรงพยาบาลพญาไทเท่านั้น (สถาบันสันติราษฎร์บริหารธุรกิจ ซอยพหลโยธิน 24)

ชำระโดย โอนเงินค่าธรรมเนียมการสมัคร เข้าที่บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขา อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ

ชื่อบัญชี “บริษัท ประสิทธิภาพพัฒนา จำกัด(มหาชน) เลขที่บัญชี 007-0-07930-7” (พร้อมแนบสำเนาโอนเงิน มาพร้อมกับใบสมัครฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่นำมาประกอบการสมัครข้างต้นเป็นเอกสารที่ถูกต้อง

หมายเหตุ ผู้สมัครที่สมัครเรียนทางไปรษณีย์ฯ กรุณาส่งเอกสารหลักฐานการโอนเงินไว้ที่ตนเอง 1 ฉบับ และ แนบส่งมาพร้อมกับเอกสารประกอบการสมัคร 1 ฉบับ และยื่นยื่นการส่งเอกสารสมัครเรียนทางไปรษณีย์ ณ ศูนย์ฯ โทร 0-2939-3050-54 ต่อ 312 “มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์”

ลงชื่อผู้สมัคร.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่งใบสมัครและหลักฐานที่ ศูนย์การศึกษาเพื่อสุขภาพ เครือโรงพยาบาลพญาไท (สถาบันสันติราษฎร์ฯ)
เลขที่ 2 (138/1) อาคารดุสิต ห้อง 631 ซ.พหลโยธิน 24 แขวงจอมพล เขตจตุจักร กทม. 10900
โทรศัพท์: 0-2939-3050-54 ต่อ 312 โทรสาร : 0-2939-3050-54 ต่อ 123
website : www.mfu.ac.th/phyathai, www.phyathai.com/ecp Email : ecp@phyathai.com

เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร วันที่รับสมัคร