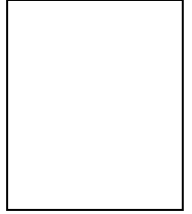


เลขที่ใบสมัคร.....



ใบสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา

หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ระบบปรับตรง

ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๘

**ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้สมัคร**

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย).....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ).....

เลขประจำตัวประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ชื่อโรงเรียน.....เลขประจำตัวนักเรียน.....

ที่อยู่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ (บ้าน)..... เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ).....

E-mail address .....

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ (บิดา/มารดา).....

เบอร์โทรศัพท์ (บ้าน)..... เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ).....

**ข้อควรระมัดระวัง**

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบการและวิธีการรับสมัครจนเป็นที่เข้าใจทั้งหมดแล้ว และขอรับรองว่าข้อความและหลักฐานการสมัครเป็นความจริงทุกประการ “หากปรากฏว่าเป็นเท็จ” ข้าพเจ้ายินดีให้คณะกรรมการตัดสิทธิ์การสมัครเข้าเป็นนักศึกษาของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่สมัคร.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

วันที่สมัคร.....

## ส่วนที่ ๒ ตรวจสอบหลักฐาน

- สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ใบ พร้อมรับรองสำเนา
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ใบ พร้อมรับรองสำเนา
- รูปถ่ายสี ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๔ รูป พร้อมเขียนชื่อ-นามสกุลหลังรูป (ติดที่ใบสมัคร ๑ รูป ติดที่บัตรประจำตัวสอบ ๓ รูป)
- สำเนาหนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ (ปพ.๗) จำนวน ๑ ใบ พร้อมรับรองสำเนา (กรณีกำลังศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ ๖)
- สำเนาใบแสดงผลการเรียน (ปพ.๑) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔-๕ (๔ ภาคการศึกษา) จำนวน ๑ ใบ พร้อมสำเนารับรอง
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงคุณวุฒิ (ร.บ.๑) จำนวน ๑ ใบ พร้อมรับรองสำเนา (กรณีจบศึกษามัธยมศึกษาปีที่ ๖)
- สำเนาใบประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พร้อมรับรองสำเนา (กรณีเป็นเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์)
- เอกสารเปลี่ยนชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

## ส่วนที่ ๓ การชำระเงิน/กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์

- ได้รับชำระเงินค่าสมัคร จำนวน ๔๐๐ บาท (สี่ร้อยบาทถ้วน) เรียบร้อยแล้วตามใบเสร็จรับเงิน เลขที่.....

### หมายเหตุ : กรณีส่งใบสมัครทางไปรษณีย์

๑. ชำระค่าธรรมเนียมสมัครสอบ ๔๐๐ บาท ทาง ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)

ชื่อบัญชี “มูลนิธิวิชิรพยาบาล” สาขาสามเสน บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่บัญชี ๐๗๓-๒-๐๖๔๘๓-๓

๒. เมื่อชำระค่าธรรมเนียมเรียบร้อยแล้ว กรุณายืนยันการชำระค่าธรรมเนียม ได้ที่ FAX: ๐๒-๖๖๘-๗๐๕๐

Tel.๐๒-๒๔๔-๓๘๗๘ ทั้งนี้ ในการสมัครจะมีผลก็ต่อเมื่อได้ส่งเอกสารยืนยันการชำระค่าธรรมเนียมให้ทราบ

๓. ส่งเอกสารการสมัครเรียนทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่นี้ คณะแพทยศาสตร์วิชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สำนักงานโครงการจัดตั้งโรงเรียนวิชิรเวชกิจ อาคารเพชรรัตน์ ชั้น M ๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ ( ถ้าวินาทีประทับตราทางไปรษณีย์ )

วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน