 วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

รูปถ่าย

ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรี

1. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.................................................................................................................................................

เลขที่บัตรประชาชน.................................................................วันที่ออก...........................วันหมดอายุ............................

2. เพศ ชาย หญิง วัน/เดือน/ปี เกิด................................อายุ.................ปี สถานที่เกิด จังหวัด ..................

เชื้อชาติ......................สัญชาติ.....................ศาสนา...................สถานภาพ โสด สมรส

Email…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (สามารถติดต่อได้) บ้านเลขที่...................หมู่ที่..............หมู่บ้าน.................ซอย...........ถนน.................

ตำบล..................อำเภอ.........................จังหวัด...........................รหัสไปรษณีย์.................เบอร์โทรศัพท์.......................

4. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่...................หมู่ที่..............หมู่บ้าน.................ซอย...........ถนน......................

ตำบล..................อำเภอ.........................จังหวัด...........................รหัสไปรษณีย์.................เบอร์โทรศัพท์......................

5. ชื่อ-นามสกุล ผู้ปกครอง .............................................................................................................................................

สถานที่ทำงาน......................................................ความสัมพันธ์...........................ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.......................

ตำบล..................อำเภอ.........................จังหวัด...........................รหัสไปรษณีย์.................เบอร์โทรศัพท์.......................

6. สถานภาพครอบครัว บิดา/ มารดาอยู่ด้วยกัน บิดา/ มารดาแยกกันอยู่ อื่นๆ (ระบุ)…………….

7. ระดับวุฒิการศึกษาที่ใช้ในการสมัครเรียน......................สาขา/แผนก................................ปีที่สำเร็จการศึกษา..................... จากโรงเรียน/สถาบัน................................................................................ตำบล.......................................อำเภอ.................................จังหวัด.................................................รหัสไปรษณีย์.............................

เบอร์โทรศัพท์................................................คะแนนเฉลี่ยสะสม...............................

8. ความสามารถพิเศษ....................................................................................................................................................

9. หลักสูตรที่ต้องการจะเข้าศึกษา

หลักสูตร การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต

หลักสูตร วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสุขภาพและความงาม

ลายมือชื่อผู้สมัคร

..........................................................................