



ใบสมัครเข้าศึกษา  
หลักสูตรประกาศนียบัตร พนักงานให้การดูแล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

รูปถ่าย  
ขนาด 1 นิ้ว

1. ข้อมูลนักศึกษา

ชื่อ.(นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....  
Name/ Mr./Mrs./Miss..... Surname.....  
เพศ  หญิง  ชาย  
วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....เลขที่บัตรประชาชน.....  
อำเภอที่ออกบัตร..... วันหมดอายุ.....  
จังหวัด .....สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่าร้าง  อื่นๆ  
ขณะศึกษาพักอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... หมู่บ้าน.....  
ซอย..... แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....  
E-mail.....line ID.....  
สถานที่ทำงาน.....  
ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....

2. ข้อมูลประวัติการศึกษา

สำเร็จการศึกษาระดับ (กรณีกำลังศึกษาอยู่ต้องสำเร็จการศึกษาก่อนวันเปิดภาคการศึกษา)

- มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) /เทียบเท่า ที่สถาบัน.....  
เกรดเฉลี่ยสะสม.....เมื่อ พ.ศ.....  
 มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) /เทียบเท่า ที่สถาบัน.....  
เกรดเฉลี่ยสะสม.....เมื่อ พ.ศ.....  
 ปริญญาตรี สาขา.....สถาบันการศึกษา.....  
เกรดเฉลี่ยสะสม.....เมื่อ พ.ศ.....  
 อื่นๆระบุ.....

3. ท่านมีประสบการณ์การทำงาน ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานพยาบาล งานดูแลผู้ป่วย หรืองานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล หรือคลินิกมาก่อนหรือไม่

เคย ระบุ.....

ไม่เคย

4. ในระหว่างศึกษาท่าน ใครเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

บิดา มารดา

ตนเอง

หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

5. ท่านมีปัญหาสุขภาพที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือไม่

มี ระบุ.....

ไม่มี

6. ท่านเคยมีปัญหาหาคำพิพาทหรือไม่ว่า

เคย ระบุ.....

ไม่เคย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่เขียนขึ้นทั้งหมดนี้ และเอกสารที่นำมาแสดงถูกต้อง และเป็นความจริง หากตรวจสอบพบภายหลังว่าข้อมูลและเอกสารที่แสดงเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม เพิกถอนสิทธิการเข้าศึกษา โดยไม่ขอเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

#### เอกสารประกอบการสมัคร

- 1.รูปถ่ายหน้าตรง ชุดสุภาพไม่เกิน 6 เดือน 1 นิ้ว 2 รูป (แปะที่ใบสมัคร1รูป และแนบ1รูป)
- 2.สำเนาบัตรประชาชน
- 3.สำเนาทะเบียนบ้าน
- 4.สำเนาวุฒิการศึกษาสูงสุด (กรณีกำลังศึกษา ใช้ใบรับรอง)
  - มัธยมศึกษาตอนต้น/ การศึกษานอกโรงเรียน
  - มัธยมศึกษาตอนปลาย/ การศึกษานอกโรงเรียน
  - ปวช./ปวส.
  - ปริญญาตรี
  - อื่นๆ.....
- 5.สำเนาใบแสดงผลการเรียน (กรณีกำลังศึกษา ใช้ผลการเรียนฉบับล่าสุด)
- 6.ผลการตรวจสุขภาพ (ใบรับรองแพทย์)
- 7.หนังสือรับรองของสถานที่ทำงาน (ในกรณีที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพ)

## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติ งานประจำ หรืออยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

แล้ว เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว.....ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต

หรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ไม่เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อน หรือเป็นโรคตามที่กำหนดในกฎ ก.พ.ว่าด้วยโรค พ.ศ.2553 ดังต่อไปนี้

1. วัณโรค ในระยะอันตรายหรือแพร่กระจายเชื้อ
2. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการอันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
4. โรคพิษสุราเรื้อรัง
5. โรคติดต่อร้ายแรงหรือเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ ผู้ช่วยพยาบาล หรือพนักงานให้การดูแล

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

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

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

## ● รับสมัครและจัดส่งหลักฐานพร้อมใบสมัคร

- ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 - 9 กันยายน 2565
- ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ 16 กันยายน 2565 ทางเว็บไซต์
- สอบคัดเลือกด้วยวิธีการสัมภาษณ์ วันเสาร์ที่ 24 กันยายน 2565
- ประกาศผลสอบคัดเลือก 26 กันยายน 2565
- ยืนยันสิทธิ์-ชำระค่าขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา  
26 กันยายน - 10 ตุลาคม 2565 (จำนวน 25,000 บาท)
- ปฐมนิเทศ,เปิดการการศึกษา 10 ตุลาคม 2565

## สถานที่ยื่นใบสมัครด้วยตนเอง หรือทางไปรษณีย์

- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี 39 หมู่ที่ 1 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12110
- หรือจัดส่งหลักฐานพร้อมใบสมัครทางไปรษณีย์ ได้ที่

งานทะเบียน ประมวลผล และสารสนเทศ คณะพยาบาลศาสตร์  
ม.เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี 39 หมู่ที่ 1 ถ.รังสิต-นครนายก  
ต.คลองหก อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12110  
ติดต่อ 0806000793 (มุมขวาของ “สมัคร NA65”)  
จัดส่งภายในวันที่ 9 กันยายน 2565 (นับวันที่ประทับตรา)

### สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

- ❖ งานทะเบียน ประมวลผล และสารสนเทศ โทร 025493109 (ในวันเวลาราชการ)
- ❖ แฟนเพจ Facebook <https://www.facebook.com/nursermutt/>
- ❖ เว็บไซต์ <https://www.nurse.rmutt.ac.th>
- ❖ Line official ไลน์ @dxp2057b
- ❖ ช่องทาง QR Code

