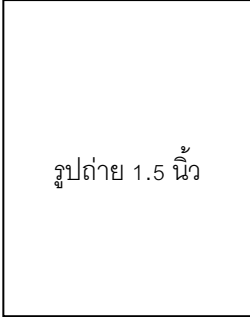




ใบสมัครเข้าฝึกอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย  
สาขาเวชกรรมไทย รุ่นที่.....ปีการศึกษา.....  
สถาบันบ้านดินคลินิกการแพทย์แผนไทย  
\*\*\*\*\*



วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ข้อมูลส่วนตัว**

คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ตำแหน่ง.....ชื่อ-นามสกุล.....

เพศ :  ชาย  หญิง หมายเลขบัตรประชาชนเลขที่.....

วัน เดือน ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  แยกกันอยู่

เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา ..... อาชีพ.....

หมู่เลือด  เอ  บี  เอบี  โอ Rh.....  ไม่ทราบ

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ปัจจุบันและติดต่อได้ เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

Line ID.....Email.....

การศึกษาและอาชีพ : วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สถานศึกษา.....

อาชีพปัจจุบัน.....ชื่อสถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ - สกุล ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่บุคคลที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....Line ID.....

ความสามารถพิเศษ.....



ชื่อ - สกุล.....

ให้ผู้สมัครเรียน เขียนบรรยายวัตถุประสงค์ ความตั้งใจและโครงการที่คาดว่าจะทำเมื่อสำเร็จการศึกษา  
(อย่างน้อย ๒ หน้ากระดาษ A๔)

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



