



ใบสมัครเรียนการแพทย์แผนไทย

สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว รุ่น ปีการศึกษา

รูปถ่าย 1.5 นิ้ว

Website : www.nittm.com

Email : netdao.int@gmail.com

ขอสงวนสิทธิ์ในการนำเอกสารออกนอกสถานที่

รหัสนักศึกษา.....

| | | |
|---|---|--|
| สาขาวิชา | <input type="checkbox"/> เกษัตริกรรมไทย | <input type="checkbox"/> เวชกรรมไทย |
| ข้อมูลส่วนตัว | | |
| ข้าพเจ้า ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว)..... | นามสกุล..... | ชื่อเล่น..... |
| อายุ.....ปี | เกิดวันที่.....เดือน..... | พ.ศ..... |
| เชื้อชาติ..... | ศาสนา..... | สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> ม่าย |
| เลขที่บัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวข้าราชการ | <input type="text"/> | |
| ออกโดย..... | วันหมดอายุ..... | หมู่เลือด..... |
| ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... | | |
| ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... | | |
| จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... | | |
| ที่อยู่ปัจจุบันและติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... | | |
| ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... | | |
| จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... | | |
| โทรสาร/ FAX..... โทรศัพท์มือถือ..... | | |
| E-mail address..... ID. LINE ชื่อใน LINE | | |
| การศึกษาและอาชีพ : วุฒิการศึกษา..... สถานศึกษา..... | | |
| อาชีพ(โปรดระบุ)..... บริษัท..... ที่อยู่..... | | |
| ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... | | |
| อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... | | |
| โทรศัพท์..... ปัจจุบันศึกษาแพทย์แผนไทยอยู่ที่สถาบัน..... | | |
| บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น..... | | |
| โทร..... | | |

ความสามารถพิเศษ (โปรดระบุ).....

จุดประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อ.....

ปัจจุบันทำงาน จันท์ - สุกร จันท์ - เสาร์ อื่นๆ

เอกสารและหลักฐานในการยื่นสมัครเรียนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมีดังนี้

- รูปถ่าย 1.5 นิ้ว 4 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
- เงินสำรองที่หนึ่ง จำนวน บาท
- สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
- สำเนาวุฒิการศึกษา 1 ฉบับ
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ / นามสกุล
- อื่นๆ

- ผู้สมัครจะต้องชำระเงินค่าเล่าเรียนให้ครบจำนวน ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนวันปฐมนิเทศ มิฉะนั้น สถาบันฯ จะถือว่าท่านสละสิทธิ์ในการสมัคร ทั้งนี้ สถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าเล่าเรียนทั้งหมดไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น ถือเป็นสมัครเป็นเอกสารในการที่นักศึกษาตกลงปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ทางสถาบันฯ กำหนด (กำหนดวันปฐมนิเทศ สามารถสอบถามได้จากเจ้าหน้าที่ หรือที่หน้าเว็บไซต์ของสถาบันฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและรายละเอียดข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้สมัครเรียน
...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
เจ้าหน้าที่รับสมัคร
...../...../.....

| | |
|--|-------------------------|
| วันที่ | (สำหรับสถาบัน) |
| สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ได้รับเงินสำรองที่หนึ่งในการสมัครเรียนจาก | |
| นามสกุล | เป็นจำนวนเงิน บาท |
| (.....) เรียบร้อยแล้ว | |
| ลงชื่อ | ผู้รับเงิน |
| (.....) | (.....) |
| *** สถาบันขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่ามัดจำให้แก่ผู้สมัคร ไม่ว่าในกรณีใดๆ ทั้งสิ้น *** | |

คุณสมบัติของผู้สมัคร

1. การศึกษาขั้นต่ำ มัธยมศึกษาปีที่ 3 (ม.3)
2. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ – อายุ 60 ปี
3. ไม่มีความประพฤติเสียหาย อันนำมาซึ่งความเสียหายแห่งวิชาชีพ
4. สุขภาพแข็งแรง ไม่ติดยาเสพติด และไม่โรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน เช่น วัณโรคในระยะอันตราย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคติดต่อดังร้ายแรง โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัด เป็นต้น
5. ระยะเวลาในการเรียน
ประเภทเภสัชกรรมไทย หลักสูตร 2 ปี
ประเภทเวชกรรมไทย หลักสูตร 3 ปี
6. สามารถเข้าเรียนทุกวันเสาร์ – วันอาทิตย์ได้ ตั้งแต่เวลา 9.00 – 16.00 น. และมีเวลาเรียนทั้งหมดไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของภาคการศึกษา
7. ต้องมีผลการเรียนในแต่ละภาคการศึกษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ตามที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย กำหนด
8. สามารถเข้าฝึกประสบการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมไทย (ปี 1 และ ปี 2) และสามารถฝึกประสบการณ์วิชาชีพเวชกรรมไทย (เก็บ case คนไข้ ในภาคการศึกษา ปี 3 เทอม 2) ณ สถานพยาบาลฯ ที่กำหนดในวันอังคาร
9. สามารถออกหน่วยต่างจังหวัดและร่วมกิจกรรมของสถาบันฯ ได้ทุกครั้ง
10. สามารถเรียน – ฝึกปฏิบัตินวดราชสำนักได้ ตามที่หลักสูตรเวชกรรมไทยกำหนด

หมายเหตุ ... หากนักศึกษาท่านใดไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ทางสถาบันฯ กำหนด ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการตัดสิทธิ์การจบการศึกษาครบตามหลักสูตรของสถาบันฯ และไม่ส่งรายชื่อนักศึกษาเข้าสมัครสอบใบประกอบวิชาชีพของสภาการแพทย์แผนไทย

วันที่

(สำหรับผู้สมัคร)

สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ได้รับเงินสำรองที่หนึ่งในการสมัครเรียนจาก

นามสกุล เป็นจำนวนเงิน บาท

(.....) เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

(.....) .

***** สถาบันขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่ามัดจำให้แก่ผู้สมัคร ไม่ว่าในกรณีใดๆ ทั้งสิ้น *****