



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..... สัญชาติ.....
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 จันทร์ - ศุกร์ จันทร์ - เสาร์ อื่นๆ

เอกสารและหลักฐานในการยื่นสมัครเรียนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมีดังนี้

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย 1.5 นิ้ว 4 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ | <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิการศึกษา 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> เงินสำรองที่หนึ่ง จำนวน บาท | <input type="checkbox"/> สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ / นามสกุล |
| | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

- ผู้สมัครจะต้องชำระเงินค่าเล่าเรียนให้ครบจำนวน ภายในวันที่สถาบันฯ กำหนด มิฉะนั้น สถาบันฯ จะถือว่าท่าน สละสิทธิในการสมัคร ทั้งนี้ สถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าเล่าเรียนทั้งหมดไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น ถือเป็นสมัครเป็นเอกสารในการที่นักศึกษาตกลงปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ทางสถาบันฯ กำหนด (กำหนดวันปฐมนิเทศ สามารถสอบถามได้จากเจ้าหน้าที่ หรือที่หน้าเว็บไซต์ของสถาบันฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและรายละเอียดข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

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

วันที่	(สำหรับสถาบัน)
สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ได้รับเงินสำรองที่หนึ่งในการสมัครเรียนจาก (นาย/นาง/นางสาว)	
..... 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 และไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน 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 ... หากนักศึกษาท่านใดไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเงื่อนไขที่ทางสถาบันฯ กำหนด ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการตัดสิทธิ์การจบการศึกษาครบตามหลักสูตรของสถาบันฯ และไม่ส่งรายชื่อนักศึกษาเข้าสมัครสอบใบประกอบวิชาชีพของสภาการแพทย์แผนไทย

วันที่

(สำหรับผู้สมัคร)

สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ได้รับเงินสำรองที่หนึ่งในการสมัครเรียนจาก (นาย/นาง/นางสาว)

..... เป็นจำนวนเงิน บาท

(.....) เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

()

***** สถาบันขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่ามัดจำให้แก่ผู้สมัคร ไม่ว่าจะในกรณีใดๆ ทั้งสิ้น *****