



# ใบสมัครเรียนการแพทย์แผนไทย

สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว รุ่น ..... ปีการศึกษา .....

Website : [www.nittm.com](http://www.nittm.com)

Email : [netdao.int@gmail.com](mailto:netdao.int@gmail.com)

รูปถ่าย 1 นิ้ว

ขอสงวนสิทธิ์ในการนำเอกสารออกนอกสถานที่

รหัสนักศึกษา.....

สาขาวิชา	<input type="checkbox"/> เกษัตริกรรมไทย	<input type="checkbox"/> เวชกรรมไทย
<b>ข้อมูลส่วนตัว</b>		
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"/> หม้าย
เลขที่บัตรประชาชน หรือ บัตรประจำตัวข้าราชการ	<input type="text"/>	
ออกโดย .....	วันหมดอายุ .....	หมู่เลือด .....
<b>ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่ .....</b>		
ถนน .....	ตำบล/แขวง .....	อำเภอ/เขต .....
จังหวัด .....	รหัสไปรษณีย์ .....	
<b>ที่อยู่ปัจจุบันและติดต่อได้ เลขที่ .....</b>		
ถนน .....	ตำบล/แขวง .....	อำเภอ/เขต .....
จังหวัด .....	รหัสไปรษณีย์ .....	โทรศัพท์ .....
โทรสาร/ FAX .....	โทรศัพท์มือถือ .....	
E-mail address .....	ID. LINE .....	ชื่อใน LINE .....
<b>การศึกษาและอาชีพ : วุฒิการศึกษา .....</b>		
อาชีพ (โปรดระบุ) .....	บริษัท .....	ที่อยู่ .....
ตรอก/ซอย .....	ถนน .....	ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต .....	จังหวัด .....	รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์ .....	ปัจจุบันศึกษาแพทย์แผนไทยอยู่ที่สถาบัน .....	
<b>บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ .....</b>		
เกี่ยวข้องเป็น .....	โทร .....	

ความสามารถพิเศษ (โปรดระบุ) .....

จุดประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อ .....

ปัจจุบันทำงาน  จันทร - ศุกร  จันทร - เสาร์  อื่นๆ .....

เอกสารและหลักฐานในการยื่นสมัครเรียนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมีดังนี้

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย 1 นิ้ว 3 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"/> เงินสำรองที่นิ่ง จำนวน .....               | <input type="checkbox"/> สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ / นามสกุล |
|   | <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....                  |

- ผู้สมัครจะต้องชำระเงินค่าเล่าเรียนให้ครบจำนวน ภายในวันที่สถาบันฯ กำหนด มิฉะนั้น สถาบันฯ จะถือว่าท่านสละสิทธิ์ในการสมัคร ทั้งนี้ สถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าเล่าเรียนทั้งหมดไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น
- ถือใบสมัครเป็นเอกสารในการที่นักศึกษาตกลงปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ทางสถาบันฯ กำหนด (กำหนดวันปฐมนิเทศ สามารถสอบถามได้จากเจ้าหน้าที่ หรือที่หน้าเว็บไซต์ของสถาบันฯ )

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและรายละเอียดข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

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

วันที่ .....

(สำหรับสถาบัน)

สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ได้รับเงินสำรองที่นิ่งในการสมัครเรียนจาก (นาย/นาง/นางสาว)

..... เป็นจำนวนเงิน .....

(.....) เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน  
( ..... )

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

