



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาความพร้อมทางวิชาการก่อนการสอบคัดเลือก
เข้าโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน ประจำปีการศึกษา 2560
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปถ่าย
1 นิ้ว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

- ชื่อ-สกุล นักเรียน (นาย / น.ส.)
อายุปี เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ สัญชาติ
ศาสนา เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
อีเมล.....
- ภูมิลำเนาปัจจุบัน อำเภอ จังหวัด อยู่ติดต่อกันมานาน.....ปี
- ที่อยู่สามารถติดต่อได้สะดวกระหว่างการเข้าร่วมโครงการฯ
ที่อยู่ : เลขที่.....ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ).....
- ชื่อ-สกุล และที่อยู่ สามารถติดต่อได้ของผู้ปกครอง
ชื่อ - สกุล (นาย / นาง / นางสาว).....
ความสัมพันธ์ (ขีดเส้นใต้) : บิดา/ มารดา/ ผู้ปกครองตามกฎหมาย ระบุ.....
ที่อยู่ : เลขที่.....ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์มือถือ.....

ส่วนที่ 2 คุณสมบัติทางการศึกษา

- สถานศึกษา
กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่โรงเรียน
อำเภอ จังหวัด
- คะแนนเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
2.1 คะแนนเฉลี่ยสะสม (4 ภาคการศึกษา)
2.2 คะแนนเฉลี่ยสาระการเรียนรู้ ม.4 – 5 (4 ภาคการศึกษา)
สังคมศึกษา ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์.....
- หลักฐานพร้อมใบสมัคร (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
 3.1 ใบสมัคร 1 ชุด
 3.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของนักเรียน และบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย 1 ชุด
 3.3 สำเนาทะเบียนบ้านของนักเรียน และบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย 1 ชุด
 3.4 รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นตา ขนาด 1 นิ้ว 2 รูป
 3.5 ใบรายงานผลการเรียน 4 ภาคเรียน 1 ชุด
 3.6 เอกสารอื่นๆ (ตามที่ สสจ. กำหนด).....

หมายเหตุ ข้อ 3.2 และ 3.3 ให้ขีดเส้นใต้ที่เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร (บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย)

(กรุณากรอกข้อมูลด้วยลายมือบรรจง)

ส่วนที่ 3 ประวัติส่วนตัว

1. ชื่อ-สกุล บิดา..... อายุ.....ปี
สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... รายได้/ปี.....บาท
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
.....
ภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ที่จังหวัด.....อยู่ติดต่อกันมานาน ปี
หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์มือถือ.....
2. ชื่อ-สกุล มารดา..... อายุ.....ปี
สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... รายได้/ปี.....บาท
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
.....
ภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ที่จังหวัด.....อยู่ติดต่อกันมานาน ปี
หมายเลขโทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
3. ชื่อ-สกุล ผู้ปกครองตามกฎหมาย..... อายุ.....ปี
สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... รายได้/ปี.....บาท
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
.....
ภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ที่จังหวัด.....อยู่ติดต่อกันมานาน ปี
หมายเลขโทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากข้อความและเอกสารไม่ถูกต้อง
หรือเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การสอบและเข้าร่วมโครงการพัฒนาความพร้อมทางวิชาการก่อนการสอบ
คัดเลือกเข้าโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน ประจำปีการศึกษา 2560 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
นเรศวร

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

วันที่เดือน..... พ.ศ.

(กรุณากรอกข้อมูลด้วยลายมือบรรจง)