



ติตรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครสอบคัดเลือกนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล
ระบบรับตรงโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีการศึกษา 2559 เพิ่มเติม

1. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร

นาย นางสาว.....

Mr. Miss.....

เลขประจำตัวประชาชน (โปรดตรวจทานเลขบัตรประชาชนให้ถูกต้อง)

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

วันเดือนปีเกิด.....ทะเบียนบ้านในจังหวัดที่สมัคร อำเภอ.....จังหวัด.....

2. สถานศึกษา

2.1 คุณวุฒิการศึกษา

กำลังศึกษาชั้นม.6 โรงเรียน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

2.2 คุณสมบัติทางการศึกษา

คะแนนเฉลี่ยสะสม ม.4-6 (5 หรือ 6 ภาคการศึกษา) =

คะแนนเฉลี่ยสาระการเรียนรู้ ม.4-6 (5 หรือ 6 ภาคการศึกษา)

วิทยาศาสตร์ = คณิตศาสตร์ = ภาษาอังกฤษ =

ภาษาไทย = สังคมศึกษา =

3. หลักสูตรที่ต้องการสมัคร.....

4. หลักฐานที่นำส่งไปยังคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทางไปรษณีย์ (เช่นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับด้วย)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร ที่ลงนามสำเนาถูกต้อง

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร และของบิดา หรือของมารดา หรือของผู้ปกครอง

สำเนาใบ ปพ.1 : พ ชั้น ม.4- ม.6 : 5 หรือ 6 ภาคการศึกษา หรือสำเนาใบประกาศนียบัตร

ใบรายงานผลคะแนนการทดสอบวิชาสามัญจากสทศ. 7 วิชา (ที่ได้สอบไปเมื่อวันที่ 26 - 27 ธันวาคม 2558)

5. ประวัติส่วนตัว

5.1 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เร่งด่วนระหว่างการสมัครสอบคัดเลือก บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ..... e-mail.....

5.2 ชื่อ-สกุลบิดา.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....สถานที่ประกอบอาชีพ.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน จังหวัด..... อยู่ต่อเนื่อง 5 ปีขึ้นไป 3-5 ปี น้อยกว่า 3 ปี
โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ..... e-mail.....

5.3 ชื่อ-สกุลมารดา.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....สถานที่ประกอบอาชีพ.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน จังหวัด..... อยู่ต่อเนื่อง 5 ปีขึ้นไป 3-5 ปี น้อยกว่า 3 ปี
โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ..... e-mail.....

5.4 ชื่อ-สกุลผู้ปกครองตามกฎหมาย (ตามคำสั่งศาล) กรณีผู้ปกครองไม่ใช่บิดาหรือมารดา.....
อายุ.....ปี มีความสัมพันธ์โดยเป็น.....ของผู้สมัคร
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....สถานที่ประกอบอาชีพ.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน จังหวัด..... อยู่ต่อเนื่อง 5 ปีขึ้นไป 3-5 ปี น้อยกว่า 3 ปี
โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ..... e-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ หากข้อความและเอกสาร
ไม่ถูกต้องหรือเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การสมัครเข้าเป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดลครั้งนี้

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....
วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่งใบสมัครพร้อมทั้งเอกสารหลักฐานต่างๆ ทางไปรษณีย์ลงทะเบียนหรือ EMSภายในวันที่ 22 เมษายน 2559
(ถือวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ) วงเล็บที่มุมซองว่า สมัครระบบรับตรงรอบที่ 2 ไปที่

ประธานหลักสูตรพยาบาลบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400