

ใบแสดงความจำนงเข้าศึกษาต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต
สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย ประจำปีการศึกษา 2561
วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

1. ประวัติส่วนตัว

1.1 ชื่อ - นามสกุล.....

ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม อายุ ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

1.2 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่ติดต่อได้สะดวก) เลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ E-mail

Face book.....Line ID.....

เบอร์โทรศัพท์ (บุคคลที่เกี่ยวข้อง) บิดา/มารดา อื่นๆระบุ

2. ประวัติการศึกษา

สำเร็จการศึกษา กำลังศึกษา สาย เกรดเฉลี่ยสะสม

โรงเรียน..... ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่...../...../.....

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

แผนกนักศึกษาใหม่ วิทยาลัยการแพทย์ฯ

Tel. 089-8544240, 092-1030998, 084-1748496 Fax. 053-776063

Facebook: STAM2002 ID line: 0898544240