



เลขที่ ศวอ. ....

ใบสมัครเข้าการศึกษา โรงเรียนศรีวิชัยอชีวศึกษา  
ในความควบคุมของกระทรวงการศึกษา  
หลักสูตรพนักงานผู้ช่วยทางการพยาบาล

1. ประวัตินักเรียน

ชื่อ – สกุล ภาษาไทย นาย/นาง/นางสาว .....  
ชื่อ – สกุล ภาษาอังกฤษ ..... ชื่อเล่น.....  
วัน/เดือน/ปีเกิด .....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....  
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ID LINE.....  
E-mail : .....

2. ประวัติครอบครัว

1.1 ชื่อ – สกุล บิดา.....อายุ.....ปี  
 ถึงแก่กรรม  ยังมีชีวิตอยู่ อาชีพ.....รายได้ประมาณเดือนละ.....บาท  
1.2 ชื่อ – สกุล มารดา.....อายุ.....ปี  
 ถึงแก่กรรม  ยังมีชีวิตอยู่ อาชีพ.....รายได้ประมาณเดือนละ.....บาท

3. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	ชื่อสถานที่ศึกษาจังหวัด	เกรดเฉลี่ย	ปีการศึกษาที่สำเร็จ	สาขา
มัธยมศึกษาปีที่ 3	.....	.....	.....	.....
มัธยมศึกษาปีที่ 6	.....	.....	.....	.....
ประกาศนียบัตร	.....	.....	.....	.....
ปริญญาตรี	.....	.....	.....	.....

4. บุคคลและสถานที่ที่จะติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน

ชื่อ – สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....  
ที่อยู่ เลขที่..... หมู่..... ซอย/ตรอก..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในเอกสารถูกต้องทุกประการ

ลายเซ็นผู้สมัคร .....  
( ..... )  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

## แบบสอบถามประวัติผู้สมัครเรียน

1. ท่านรู้จักโรงเรียนศรีวิชัยอาชีวศึกษามาก่อนสมัครเรียน  
 ไม่รู้จัก  
 ใช่ โดยรู้จักผู้แนะนำมาสมัครคือ.....
2. ท่านได้รับข่าวสารการรับสมัครของโรงเรียนโดย  
 ป้ายประชาสัมพันธ์บริเวณ.....  
 เจ้าหน้าที่โรงเรียนศรีวิชัยอาชีวศึกษา.....  
 Website โรงเรียน.....  
 เจ้าหน้าที่ออกแนะแนวที่.....  
 เพจ facebook โรงเรียนศรีวิชัยอาชีวศึกษา.....  
 แผ่นพับโบว์ชิวที่.....  
 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแนะนำ.....  
 อื่นๆระบุ.....
3. เหตุผลที่มาสมัครเรียนที่โรงเรียนศรีวิชัยอาชีวศึกษา.....  
.....  
.....
4. บ้านที่พักเมื่อได้เรียน  บ้านตนเอง  หอพัก  บ้านญาติ  อื่นๆ.....
5. ขณะกำลังศึกษาเพิ่มเติม  ไม่ใช่  ใช่ ระดับ.....สาขา.....
6. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่  ไม่มี  มี โรคที่เป็น.....
7. ท่านเคยล้มป่วยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาและต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลหรือไม่  
 ไม่เคย  เคยป่วยด้วยโรค.....และรักษาตัวที่โรงพยาบาล.....วัน
8. ครอบครัวของท่าน (พ่อ แม่ พี่ น้อง ) มีประวัติเป็นโรคใดบ้าง  
 โรคเบาหวาน  โรคหัวใจ  โรคไวรัสตับอักเสบ  
 โรคความดันโลหิตสูง  โรคไต  โรควัณโรค  
 โรคระบบโลหิต  โรคไทรอยด์  โรคมะเร็ง  
 ไม่มีประวัติโรคใดเลย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อความใดไม่จริงข้าพเจ้ายินยอมให้การรับสมัครเรียนในหลักสูตรการดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ ที่ตกลงหรืออาจจะตกลงนั้นเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

( )

## แบบสัมภาษณ์ ประเมินพฤติกรรม

ชื่อ – สกุล .....อายุ.....ปี

หัวข้อประเมินพฤติกรรม	คะแนนเต็ม 10		
	ดีมาก 8-10	ปานกลาง 5-7	ปรับปรุง 1-4
1.รูปร่าง (BMI) น้ำหนัก..... ส่วนสูง.....BMI = .....			
2.ลักษณะการแต่งกายและความสะอาด			
3.บุคลิกภาพโดยรวมเหมาะสมกับการทำงานกับบุคคลอื่นๆ			
4.วิธีการพูดและการใช้ภาษาท่าทาง			
5.ความเชื่อมั่นในตัวเอง			
6.ความสนใจต่อวิชาการดูแลเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ และการช่วยเหลือผู้ป่วย			
7.ทัศนคติต่อวิชาชีพ			
8.ความรู้ทั่วไป และความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม			
9.ความคิดริเริ่มและการแสดงความคิดเห็น			
10.ปฏิภาณไหวพริบ			

ข้อมูลอื่นๆ.....

ความเห็น       ผ่าน       ไม่ผ่าน

ข้อสังเกต.....

(.....)  
กรรมการสอบสัมภาษณ์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลประวัติสุขภาพที่เป็นจริงทุกประการและได้รับทราบตรงหมายเหตุแล้ว กรรมการผู้สัมพันธ์แจ้งครบถ้วนเกี่ยวกับข้อตกลง ในการพิจารณารับเข้าทำงานในองค์กรว่า นักเรียนต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนและการทำงาน ณ เวลาที่เรียนจบและนักเรียนต้องเป็นผู้มีความประพฤติดี ไม่เลื่อมเสีย ตั้งใจเรียนและขยันหมั่นเพียร รักในงานบริการ เคารพต่อครูอาจารย์และให้เกียรติเพื่อนร่วมชั้นเรียน หากวันที่จบการศึกษาข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติข้างต้นข้าพเจ้ายินดีสละสิทธิการหางานจากทางโรงเรียนและกรณีที่นักเรียนมีการขอเปลี่ยนแปลงการเรียนไม่ประสงค์จะเรียนต่อ นักเรียนต้องมาแจ้งทางโรงเรียนให้ทราบและทางโรงเรียนจะขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี นอกจากนี้นักเรียนตรวจสุขภาพและมีผลตรวจสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนไม่สามารถเรียนได้ทางโรงเรียนจะคืนเงินให้เต็มจำนวน

( )  
นักเรียนผู้สมัคร

หมายเหตุ การขาดเรียน ลา กิจ มาสาย และลาป่วยบ่อยในระหว่างการเรียนและฝึกงานเป็นองค์ประกอบในการนำเข้าพิจารณารับบุคลากรเข้าทำงานใน โรงพยาบาล