โรงเรียนศรีวิชัยอาชีวศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าอบรม

ชื่อ…….. นามสกุล…….…… ชื่อเล่น……..……

ศาสนา…… สถานภาพ O โสด O แต่งงาน O หย่าร้าง

สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาต้นจากโรงเรียน…… จังหวัด……..…….....

สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียน…… จังหวัด…….…….....

เกรดเฉลี่ย…… O สายวิทย์ O สายศิลป์/ ภาษา O อื่นๆ .....

หรือ สำเร็จ กศน.จากโรงเรียน…….……..……..…….. จังหวัด…….....

หรือ สำเร็จ ปวส.จากโรงเรียน…….. จังหวัด……เกรดเฉลี่ย…..….....

หรือ สำเร็จ NURSE AID จากสถาบัน…… จังหวัด…….....

ความสามารถพิเศษ 1…….…… 2…….….....

งานอดิเรก 1……..…… 2…….....

ภูมิลำเนาเดิม……

ที่อยู่ปัจจุบัน……...……....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน……....

เบอร์โทรบ้าน……... เบอร์โทรมือถือ..……..…… ID LINE……

Email:…….……..……..…….

ปัจจุบันทำงานแล้ว O ใช่ O ไม่ใช่ เป็นพนักงานประจำ O ใช่ O ไม่ใช่

รายได้จากการทำงาน O < 10,000 บาท O > 10,000 บาท O > 15,000 บาท O > 20,000 บาท

ที่อยู่ที่ทำงานปัจจุบัน……..…… เบอร์โทรที่ทำงาน…….....

เบอร์โทรมือถือ…….…… หรือได้รับค่าใช้จ่ายเดือนละ……...……บาท

เหตุผลที่ท่านเลือกเรียนหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล……....

จุดมุ่งหมายในชีวิต……...……....

ท่านได้รับข่าวสารการสมัครจากแหล่งใด……..

กรณีเร่งด่วนผู้ที่ติดต่อได้

1.ชื่อ – สกุล……..…….. โทรศัพท์มือถือ…… เบอร์บ้าน……....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้……...……....

2.ชื่อ – สกุล……... โทรศัพท์มือถือ……เบอร์บ้าน……..…..

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้……...……

2.ประวัติครอบครัว

ชื่อ-สกุลบิดา…… อายุ……ปี การศึกษาสูงสุด……

อาชีพ…….....…….. รายได้เฉลี่ยเดือนละ……..……บาท

ที่อยู่ปัจจุบัน……

เบอร์โทรบ้าน……..… โทรศัพท์มือถือ…….. เบอร์โทรที่ทำงาน…….

ชื่อ-สกุลมารดา…… อายุ……ปี การศึกษาสูงสุด……

อาชีพ…….....…….. รายได้เฉลี่ยเดือนละ……..……บาท

ที่อยู่ปัจจุบัน……

เบอร์โทรบ้าน……..… โทรศัพท์มือถือ…….. เบอร์โทรที่ทำงาน…….

ปัจจุบันบิดา – มารดาของผู้เข้าอบรม ❑ อยู่ด้วยกัน ❑ หย่าร้าง ❑ แยกกันอยู่……..……..…

ปัจจุบันบิดา ❑ ยังมีชีวิตอยู่ ❑ ถึงแก่กรรม ปัจจุบันมารดา ❑ ยังมีชีวิตอยู่ ❑ ถึงแก่กรรม

ภาระหนี้สินของครอบครัว ❑ มี ❑ ไม่มี

ครอบครัวของท่านมีพี่น้องทั้งหมด……..….. คน

รายนาม 1…… อายุ……..ปี อาชีพ……

2…… อายุ……..ปี อาชีพ……

3…… อายุ……...ปี อาชีพ……

4…… อายุ……...ปี อาชีพ……

3.ข้อมูลด้านสุขภาพ

กรุ๊ปเลือด…… สีผิว…….. มีตำหนิที่เห็นชัดเจนคือ……..……....

โรคประจำตัว ❑ ไม่มี ❑ มี ระบุ…….. วิธีแก้ไขเมื่อมีอาการคือ……..

ยาที่ใช้เป็นประจำ…….. แพ้ยา ระบุ……..……

เคยป่วยหนักหรือประสบอุบัติเหตุร้ายแรงต้องเข้ารพ.คือ……

เคยผ่าตัด ❑ ไม่เคย ❑ เคย ระบุ…….....

ประวัติโรคทางพันธุกรรมของครอบครัว❑ เบาหวาน ❑ ความดันโลหิตสูง ❑ โรคหัวใจ ❑ โรคเลือด

❑ อื่นๆ ระบุ……..

หมายเหตุ : กรณีชำระค่าเทอมแล้ว ถ้าผู้เรียนไม่ประสงค์จะเรียนต่อทางโรงเรียนสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี ยกเว้นตรวจสุขภาพไม่ผ่านทางโรงเรียนจะคืนเงินเต็มจำนวนที่ชำระเข้ามา