

ใบสมัคร

รูปถ่าย

กิจกรรม NS Ambassador คณะพยาบาลศาสตร์

วันที่สมัคร (Date) ____/____/____

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) _____ ชื่อเล่น (Nick name) _____

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) _____

ชั้นปีที่ _____ เพศ (sex) ชาย (male) หญิง (female)

วัน/เดือน/ปีเกิด (Date of Birth) _____ อายุ (Age) _____ ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน (Address) _____

โทรศัพท์ (Tel.) _____ E-mail _____

กรณีฉุกเฉินติดต่อ (Emergency Call) _____ โทรศัพท์ (Tel.) _____

งานอดิเรก / กิจกรรม _____

โรคประจำตัว (กรุณาระบุ) ไม่มี มี

(กรุณาระบุ) _____

ได้รับทราบข่าวประชาสัมพันธ์การสมัคร NS Ambassador

 ประกาศประชาสัมพันธ์ เว็บไซต์ อื่น ๆ _____

ทักษะความสามารถทางภาษาอังกฤษ

พูด Very Good Good Fairishฟัง Very Good Good Fairishเขียน Very Good Good Fairish

ลงชื่อผู้สมัคร _____

วันที่ _____

หมายเหตุ

- โปรดส่งใบสมัครระหว่างวันที่ 4 กุมภาพันธ์ - 25 กุมภาพันธ์ 2559

- ส่งใบสมัครได้ที่ห้องพัฒนานักศึกษา ชั้น 3 ห้อง 307 คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราช หรือห้อง One Stop Service ชั้น 1

คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา