

ใบสมัครหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
 ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ระบบรับสมัครอิสระ รอบที่ 5 ประจำปีการศึกษา 2561

ชื่อ-สกุล _____ เลขบัตรประจำตัวประชาชน _____ ที่อยู่ _____ _____ _____	รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว
วุฒิการศึกษา	
อายุ	
เพศ	
วันเกิด	
สัญชาติ	
เชื้อชาติ	
ศาสนา	
สถานะภาพสมรส	☐ โสด ☐ แต่งงานแล้ว ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่
ชื่อสามี-ภรรยา	
จำนวนบุตร	
หมายเลขโทรศัพท์บ้าน	
หมายเลขโทรศัพท์ไร้สาย	
E-Mail	
ชื่อบิดา	
อาชีพบิดา	
ที่อยู่บิดา	☐ อยู่ที่เดียวกับผู้สมัคร ☐ ที่อยู่อื่นๆ (ระบุ) _____ _____
ชื่อมารดา	
อาชีพมารดา	
ที่อยู่มารดา	☐ อยู่ที่เดียวกับผู้สมัคร ☐ ที่อยู่อื่นๆ (ระบุ) _____ _____
ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้	
เบอร์โทรศัพท์	
วุฒิอื่น (ถ้ามี)	
กิจกรรมนอกหลักสูตรที่เข้าร่วม	

ความสามารถพิเศษ	
ความถนัดงานอดิเรก	
รางวัลหรือผลงานที่ได้รับ	
รายชื่อที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานหรือการเรียนของท่าน จำนวน 2 คน	
ชื่อ-สกุล คนที่ 1	
ตำแหน่ง	
มีความเกี่ยวข้องเป็น	
ที่อยู่	
เบอร์โทร (ถ้ามี)	
ชื่อ-สกุล คนที่ 2	
ตำแหน่ง	
มีความเกี่ยวข้องเป็น	
ที่อยู่	
เบอร์โทร (ถ้ามี)	
คำถามอื่นๆ	
ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับวิชาชีพนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) อย่างไร	
ท่านวางแผนอนาคตหลังจากศึกษาหลักสูตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) อย่างไร	

ท่านรู้สึกอย่างไรกับภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ท่านคิดว่า นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) มีความจำเป็นกับสังคมไทยอย่างไร

เอกสารที่ต้องส่งพร้อมกับใบสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
3. สำเนาเอกสารที่แสดงประวัติส่วนตัว ความสามารถ หรือกิจกรรมที่เข้าร่วม (ถ้ามี)
4. เอกสารแสดงการโอนเงิน 300 บาท เข้าบัญชี เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
เลขที่บัญชี 026 – 292594 – 9 บัญชีเงินฝากออมทรัพย์

ส่งเอกสารทั้งหมดมาที่

ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถนนพระราม 6 แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 02-2011484 และ 02-2012404