



ติดยุโรปถ่าย

๑.๕ นิ้ว

แบบฟอร์มการสมัครสอบเพื่อการให้ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์  
(สำหรับผู้จบการศึกษาก่อนปีการศึกษา ๒๕๕๗)

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**ข้อมูลทั่วไป**

๑. ข้าพเจ้า คำนำนาม  นาย  นาง  นางสาว  (ยศหรือคำนำหน้าอื่นๆระบุ) .....
- ชื่อ..... สกุล .....
๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน
๓. วันเดือนปีเกิด วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ปัจจุบันอายุ ..... ปี
๔. เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....
๕. เพศ  หญิง  ชาย
๖. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
- รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... โทรศัพท์มือถือ .....
- e-mail .....
๗. ชื่อหน่วยงานต้นสังกัด.....ที่ตั้งเลขที่ ..... หมู่ ..... ตำบล/แขวง .....
- อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
๘. ประเภทของหน่วยงานต้นสังกัด
- หน่วยงานราชการ สังกัดกระทรวง .....  องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  มูลนิธิ  อื่นๆ ระบุ.....
๙. ที่อยู่ที่ต้องการให้ สพฉ.ติดต่อ สำหรับจัดส่งเอกสาร
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ตามหน่วยงานต้นสังกัด
- ที่อยู่อื่น (โปรดระบุ) เลขที่ ..... หมู่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....
- จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
๑๐. จบการศึกษาหลักสูตร .....
- สถาบันการศึกษา..... ปีที่จบ.....
- เอกสารประกอบการยื่นสมัครสอบเพื่อการให้ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์**
๑. สำเนาวุฒิการศึกษา
๒. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๓. ใบรับรองแพทย์
๔. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนา
๕. เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ .....

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)